

**ENTRE O *FAZER* E O *DEVER*:**

**Lógicas e práticas dos doentes hipertensos**

**Beatriz de Oliveira Xavier**

**Tese de Doutoramento em Sociologia**

**Agosto de 2015**



**ENTRE O *FAZER* E O *DEVER*:**

**Lógicas e práticas dos doentes hipertensos**

**Beatriz de Oliveira Xavier**

**Tese de Doutoramento em Sociologia**

**Agosto de 2015**



Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Sociologia, especialidade em Sociologia da Educação, da Cultura e do Conhecimento, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor José Manuel Vieira Soares de Resende

Apoio financeiro da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).



*À minha filha.*

*Ao meu pai.*





*There is no guarantee that having acquired sociological understanding,  
one can dissolve and disempower the «tough realities» of life.*

Zygmunt Bauman e Tim May (2001, p. 12)



## **AGRADECIMENTOS**

O trabalho aqui apresentado nunca teria sido empreendido sem as fortes solidariedades, generosidades e amizades com que pude contar. Ao terminar esta tese, resta-me manifestar os meus agradecimentos a todos aqueles que, de diferentes formas, contribuíram para a sua concretização.

Agradeço ao meu Orientador Professor Doutor José Manuel Vieira Soares de Resende pela sua disponibilidade, dedicação, transmissão de conhecimentos e contínuo incentivo ao longo deste percurso. Sinto-me não apenas grata mas privilegiada pela partilha do seu saber e pela sua amizade. O meu reconhecimento pelo seu trabalho de orientação desta tese doutoral e pela confiança que depositou em mim.

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, expresso a minha profunda gratidão por toda a ajuda e apoio que me prestou e que tornaram possível a realização da investigação empírica. Afirmando aqui também a minha admiração pelo seu trabalho, como médico de família e clínica geral, e pelo interesse que, enquanto clínico e académico, dispensa a outros olhares sobre a doença.

Às pessoas hipertensas, utentes da consulta de hipertensão arterial, que generosamente se dispuseram a ser entrevistadas, que conversaram comigo de uma forma genuína, expondo aspetos privados e, por vezes, muito dolorosos das suas vidas. Este trabalho, sobre as suas experiências de doença, foi construído com elas.

Ao Paulo Peixoto o meu enorme obrigado por toda a ajuda e pelo seu inestimável apoio e disponibilidade em responder a todas as minhas questões, dúvidas e angústias. Um agradecimento especial à minha colega e amiga Ana Paula pelo incentivo permanente e pelo tempo que dispensou a ler o esboço da tese e a refletir comigo ao longo deste processo. À Anita pela correção minuciosa de pontos e vírgulas e revisão geral do texto da tese. A estes e outros amigos a minha gratidão por terem despendido o seu tempo e sobretudo por mostrarem não apenas a sua preocupação

pelo meu cumprimento deste desafio, como por estarem presentes se necessário, e é sempre necessário.

À Unidade de Cuidados de Saúde Primários que colaborou neste estudo e a todos os que lá trabalham, os meus agradecimentos, bem como à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e à Administração Regional de Saúde do Centro que, com a sua aprovação, tornou este trabalho possível.

Os meus agradecimentos à Fundação da Ciência e Tecnologia pelo apoio financeiro prestado.

Por último, um enorme obrigado à minha mãe pelo apoio inestimável que sempre me deu, e por ser também a avó maravilhosa que é, e à minha filha capaz de perdoar e tolerar as minhas ausências, as minhas preocupações, e sempre disposta a fazer-me sorrir e acreditar.

## **Entre o *fazer* e o *dever*:**

### **Lógicas e práticas dos doentes hipertensos**

Beatriz de Oliveira Xavier

#### **RESUMO**

A compreensão da ocorrência das doenças em termos de risco e o estabelecimento de relações com os chamados estilos de vida, colocam na experiência de doença um acréscimo de conotações morais, um dever de autodisciplina e responsabilidade. Estes princípios têm sido inúmeras vezes sublinhados nos discursos e políticas da Saúde Pública, nomeadamente no que concerne às doenças cardiovasculares pela importância epidemiológica, económica e social de que se revestem e consequente necessidade de redução da sua grande incidência na população, como é o caso de Portugal.

A hipertensão, como doença crónica e fator de risco cardiovascular sujeita os doentes a controlo médico periódico, terapêutica farmacológica e impele a um comprometimento com comportamentos alimentares e exercício físico adequado. Através das entrevistas realizadas a doentes hipertensos utentes da consulta específica em Cuidados de Saúde Primários, verifica-se a presença de modos diversos de agir perante a circunstância de se ter hipertensão arterial, mostrando a presença de várias racionalidades, apreciações e valorações práticas dos comportamentos de saúde e doença e do próprio corpo.

Para os doentes hipertensos entrevistados, a hipertensão arterial não é encarada como uma “verdadeira doença”, sendo vista sobretudo como resultado do envelhecimento e dos excessos que se acumularam no corpo, consequentes da própria vida.

Nas narrativas de experiência de doença, os conceitos de moderação e equilíbrio, “ter cuidado”, parecem servir de mecanismo de operacionalização entre aquilo que são as recomendações médicas e as práticas individuais.

Constatam-se as capacidades dos doentes hipertensos construírem para si formas de gestão da doença e do medo, sendo que os seus comportamentos podem passar por assumir o controlo dos fatores de risco ou ignorá-los. Em qualquer dos casos, as representações e ações relativas à hipertensão e às recomendações médicas a ela associadas integram-se nas práticas quotidianas dos doentes, ajustando-se a hábitos e representações instaladas, constituindo-se em modos distintos de agir dos doentes hipertensos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão arterial, experiências de doença, comportamentos de doença, risco, conhecimento leigo, sociologia da saúde e da doença.



## **“This is how we do it”:**

### **Knowledge and practices of hypertensive patients**

Beatriz de Oliveira Xavier

#### **ABSTRACT**

Understanding the risk factors related to the onset of diseases and establishing associations with the so-called lifestyles add moral connotations, and a duty of self-discipline and responsibility to the illness experience. These principles have been repeatedly emphasized in Public Health discourses and policies, particularly regarding cardiovascular diseases. Those have a huge epidemiological, economic, and social impact, and is important reduce their high incidence in the population, as it is the case in Portugal.

As a chronic illness and cardiovascular risk factor, hypertension forces patients to a regular medical control and pharmacological treatment, and impels them to commit to healthy eating and appropriate physical exercise. Based on interviews conducted to hypertensive patients in a specific consultation in Primary Health Care, different ways of managing hypertension were found, reflecting the existence of multiple rationalities, evaluations, and practical valuations of the health/disease behaviors and the body itself.

The interviewed hypertensive patients consider that hypertension is not a “real disease”, as it is mainly seen as a consequence of the aging process and the excesses accumulated in the body as a result of life itself.

In the narratives of the illness experience, the concepts of moderation and balance, “be careful”, seem to work as a mechanism to reconcile both medical recommendations and individual practices.

This study shows that hypertensive patients have the ability to find their own ways of managing the illness and the fear, such as controlling the risk factors or ignoring them. In any case, the representations and practices of hypertension and associated medical recommendations are integrated into the patients’ daily practices, adjusting themselves to habits and representations already in place, and reflecting the different behaviors of hypertensive patients.

**Keywords:** Hypertension, illness experience, disease behaviors, risk, lay knowledge, sociology of health and illness.





## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
 <b>CAPÍTULO I</b>	
<b>UM OLHAR SOCIOLÓGICO SOBRE A DOENÇA E O VIVER COM A DOENÇA</b>	<b>13</b>
1. Experiências de doença sob o regime médico	13
1.1. O regime médico	14
1.2. A abordagem sociológica da doença	19
1.3. A relevância teórico-metodológica das narrativas da experiência de doença	21
2. Hipertensão: o interesse médico e o olhar social	25
2.1. A elaboração do problema médico	27
2.2. Entre o normal e o patológico	30
2.3. O reconhecimento institucional	33
2.4. A estratégia de luta em Portugal	38
2.5. A hipertensão arterial como fator de risco	44
3. Os comportamentos na vida quotidiana	48
3.1. A abordagem interacionista	49
3.2. Corporalidade, moralidade e ação	55
4. (Ir)racionalidades ou o descurar da doença	61
4.1. Modernidade e riscos de saúde	64
4.2. A aparente irracionalidade dos indivíduos face ao risco	70
4.3. A importância do conhecimento leigo	78
 <b>CAPÍTULO II</b>	
<b>DELINEAMENTO E REALIZAÇÃO DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTOS DE DADOS</b>	<b>81</b>
1. Objeto de estudo e questões de investigação	81
2. Campo de recolha de dados	84
3. Estratégia metodológica	86
3.1. A pesquisa qualitativa	86
3.2. Os instrumentos de recolha de informação	87

4. Processo de amostragem e recolha de dados	96
4.1. A seleção dos participantes	97
4.2. A realização das entrevistas	99
4.3. Procedimentos ético-metodológicos	102
5. Tratamento e análise dos dados	105
6. Caracterização sociográfica dos doentes entrevistados	108

### **CAPÍTULO III**

#### **“SE EU FOSSE DOENTE...”: AS NARRATIVAS DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO**

1. As histórias	115
1.1. Do “mal-estar” à revelação médica da doença	116
1.2. As doenças são misturadas	121
1.3. Histórias de doença, histórias de vida	123
1.3.1. Histórias com <i>momento crítico</i>	126
1.3.2. Histórias com grande trauma	134
1.3.3. Histórias de vidas de trabalho	138
2. A consulta de hipertensão arterial	142
2.1. O observado na consulta	143
2.2. O dito pelos consulentes	150
2.2.1. O ritual	153
2.2.2. Para que serve a consulta?	155
2.3. A relação com o médico	166
3. As recomendações médicas e os quotidianos	176
3.1. A terapêutica farmacológica	178
3.2. Regimes de dieta e exercício físico	188
3.3. Regras, excessos e vidas normais: <i>o ter cuidado</i>	204
3.4. Medos e comparações	213
3.4.1. Estar doente	214
3.4.2. A comparação com outras doenças	215
3.4.3. A hipertensão é uma doença perigosa (?)	218
3.5. A importância das sociabilidades	223

4. O porquê da hipertensão: etiologia leiga	225
4.1. A hipertensão é uma fatura do passado	227
4.1.1. A hereditariedade	227
4.1.2. Os (maus) hábitos alimentares	228
4.1.3. Uma consequência das situações vividas	229
4.2. A hipertensão é uma doença do mundo moderno	232
4.2.1. Os excessos	233
4.2.2. Os “nervos” e o <i>stress</i>	236
4.2.3. A hipertensão é inexplicável	239
 <b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>VIVER COM HIPERTENSÃO: CONTRIBUTOS PARA ANÁLISE</b>	243
1. Risco corporal: controlo sobre o <i>ser</i> e o <i>fazer</i>	243
2. Comportamentos e racionalidades: “tipos” de doentes	249
3. Modos distintos de agir	269
 <b>CONCLUSÃO</b>	273
 <b>BIBLIOGRAFIA</b>	287
 <b>LISTA DE QUADROS E FIGURAS</b>	303
 <b>APÊNDICES</b>	
Apêndice I – Guião de entrevista aos doentes hipertensos	i
Apêndice II – Guião de entrevista aos doentes hipertensos pós consulta	iii
Apêndice III – Folha informativa da entrevista	v
Apêndice IV – Declaração de consentimento informado	ix



## LISTA DE SIGLAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
CINDI	Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DC	Doença coronária
DCV	Doença cardiovascular
DGS	Direção-Geral da Saúde
EAM	Enfarte agudo do miocárdio
HTA	Hipertensão arterial
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
MINI	McGill Illness Narrative Interview
NOC	Norma de orientação clínica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHYSA	Portuguese Hypertension and Salt Study
PNPCDCV	Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPAVC	Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral
SPC	Sociedade Portuguesa de Cardiologia
SPH	Sociedade Portuguesa de Hipertensão
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Primários
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization



## INTRODUÇÃO

A investigação doutoral aqui apresentada resulta de um olhar sociológico sobre as experiências dos doentes hipertensos crónicos acompanhados nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), em consulta específica de hipertensão arterial (HTA). A situação dos doentes hipertensos surge como uma condição ilustrativa do confronto entre a abordagem médica e as condições específicas e contextuais dos sujeitos. Desta relação sobressaem um conjunto de questões resultantes das abordagens diferenciadas que se encontram no saber biomédico e no reconhecimento leigo da doença, no carácter classificatório e positivista da medicina face ao carácter integrador dos sinais ou sintomas como parte do corpo e de um contexto mais amplo que é o indivíduo e a sua vida como um todo. A doença está nesse todo e só por ele os indivíduos lhe atribuem sentido.

Compreender os condicionalismos quotidianos dos doentes hipertensos é também uma metáfora do que é hoje a nossa relação com a saúde, a doença, o corpo e com a medicina em geral. Estas pessoas são controladas na sua classificação médica de doentes de risco cardiovascular numa sociedade em que o sujeito é visto como o autor e intérprete da sua própria história e, por isso, responsável pelo seu destino. A doença não é mais entendida como fatalidade. Em muitas situações, como é o caso da HTA, a ligação das doenças com os chamados estilos de vida conduz mesmo à sua caracterização como evitáveis ou controláveis através da adoção de comportamentos saudáveis. Empreende-se aqui uma passagem importante em que a gestão da doença ou do seu controlo e prevenção é atribuída aos indivíduos que, uma vez informados, deverão empreender nas suas vidas os comportamentos necessários ao bem-estar ou à saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a hipertensão como “um assassino silencioso e invisível”, afirmando que “a tensão arterial elevada é um sinal de alerta grave que são urgentes mudanças significativas nos estilos de vida” e que “a hipertensão é um problema global de saúde pública” (WHO, 2013a, p. 5-7). Em Portugal, estima-se que uma parte substancial da população (42,2%) sofre de hipertensão arterial (DGS, 2013b). Esta doença, por sua vez, é um reconhecido fator de risco de patologias cérebro e cardiovasculares, as quais constituem a maior causa de mortalidade e de morbilidade na nossa população (*Ibidem*). A Direção-Geral da Saúde (DGS) tem, desde a década de 80, incluído o combate à hipertensão arterial na lista de prioridades, preocupações e ações dos sucessivos programas a desenvolver, consignadas em particular no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (PNPCDCV) (DGS, 2003) e do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (DR, 2004), entre outros. As doenças cérebro-cardiovasculares constituem um campo de intervenção prioritário no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012). Contudo, os especialistas alertam para o facto de que “o desinteresse por parte da população” é um dos maiores problemas no que respeita a estas matérias (Lopes, 2015), ou seja, à diminuição da incidência das doenças cardiovasculares e efetividade das políticas que visam a sua redução e promoção da saúde.

Numa perspetiva epidemiológica, económica e social, a constatação da importância da hipertensão parece amplamente demonstrada e justificada. Pese embora este reconhecimento, os estudos existentes sobre o assunto são maioritariamente quantitativos e produzidos na esfera biomédica. Os resultados desses estudos tendem a confinar ao olhar biomédico uma realidade mais complexa que, assim, é analisada de forma fragmentada, não tendo em conta que a vivência da doença não passa apenas por aquilo que é objeto da atenção da biomedicina. Sob esta ótica, deverão ser tidos em conta de maneira adequada os contextos sociais, culturais e discursivos nos quais os entendimentos individuais e coletivos sobre as experiências de saúde emergem (Groleau, Young & Kirmayer, 2006).

Enquadrada por estas reflexões, construiu-se a questão orientadora da qual se parte para a investigação: de que modo as pessoas, em regimes de controlo médico,



organizam ou articulam a vigilância/controle médico do desvio (patologia) com a normalidade das rotinas dos seus quotidianos, enraizados em contextos materiais e simbólicos particulares? Num contexto de forte medicalização, em que a medicina procede a deteções e vigilâncias alargadas de um número crescente de estados fisiológicos e indivíduos, de que forma os sujeitos sob esta vigilância normativa pensam a sua doença, como traduzem e organizam, nas suas práticas quotidianas, as interpretações e recomendações médicas sobre si? Ou, utilizando outras palavras e focalizando-nos na patologia que selecionamos - como é viver com hipertensão arterial?

Perante esta questão, que nos remete para o questionamento sobre o processo de interpretação da hipertensão e sobre o modo como a construção dos seus significados molda as condutas, assentamos a nossa análise na tradição teórica do interacionismo simbólico, que valoriza estes processos de significação, sempre plurais e dinâmicos, e concebe o ator como um ser ativo, confrontando e resolvendo problemas.

Realiza-se uma abordagem a partir da experiência dos protagonistas, compreendidas através da exploração das narrativas pessoais sobre saúde e doença e da sua relação com o saber biomédico. Este modelo de análise sobre as experiências de doença tem sido relevante no âmbito dos trabalhos da antropologia e sociologia relativos à doença e práticas dos doentes (Alves F., 2011; Davison, Smith & Frankel, 1991; Lopes, 2003; Mendes, 2005; Mol, 2008). Na sua relação estreita com o corpo, o conhecimento sobre aquilo que constitui saúde e doença envolve, de maneira significativa, dimensões privadas e subjetivas que dificilmente podem ser destiladas das aprendizagens institucionalizadas sobre saúde.

Sendo a hipertensão arterial uma doença crónica, cuja gestão se relaciona com os hábitos de vida dos indivíduos, estes são incentivados a desempenhar um papel ativo e central nos cuidados. As características específicas da patologia, no que respeita à relevância da sua relação com os consumos alimentares e exercício físico, transferem para os doentes o ónus do controle e gestão quotidiana da sua condição de saúde. Mas, por outro lado, os hipertensos estão sob constante controle médico-

farmacológico, tendo sido incumbidos os Cuidados de Saúde Primários da especial vigilância que lhes é dedicada como grupo de risco cardiovascular.

Tratando-se de uma doença que em grande parte se revela assintomática, isto é, não causa um transtorno físico tangível, uma vez controlada pela via farmacológica, mas considerada uma situação de risco cardiovascular, os hipertensos são compelidos a viver de modo *mais* saudável e a responsabilizarem-se. Embora não sentindo a doença, em termos de dor ou de grande desconforto, é-lhes recomendado agir em função dela e, sobretudo, ter em consideração as probabilidades dos perigos que dela advêm. É possível compatibilizar esta ambiguidade?

Partimos de um conjunto de questões que, ressaltando da epidemiologia e da prática clínica, não encontram aí explicitação. O prolema clínico da hipertensão a resolver na consulta específica – o controlo da doença e do risco cardiovascular por ela desencadeado através das adequadas medidas de higiene de vida e de terapêutica farmacológica –, transmuta-se em problema sociológico: como é que os doentes interpretam a sua doença e quais os sentidos construídos sobre a consulta e as medidas de higiene de vida e terapêutica proposta? De que forma as pessoas com hipertensão arterial sob vigilância médica constroem os seus modos de entendimento da doença e atribuição de sentido à categoria de doente de risco? Como é que estes doentes recebem, interpretam e gerem a informação médica, sabendo que o modo como as pessoas percecionam hoje a doença é indissociável do envolvimento que vão estabelecendo com a medicina?

A presente dissertação procura explorar, conhecer, interpretar e fornecer dados e análise sociológica sobre como é que as pessoas explicam e atribuem sentido às suas experiências de doença através do estudo de caso dos doentes hipertensos. A partir deste objetivo central, exploram-se objetivos específicos: conhecer os modelos explicativos e as trajetórias das pessoas com hipertensão arterial; o seu envolvimento e relação com os serviços e com os profissionais de saúde; compreender as implicações das recomendações médicas nos quotidianos de vida destas pessoas; identificar possíveis modos de agir face à doença e de ser doente.

Pretendeu-se recolher a perspetiva singular das pessoas hipertensas nas formas como descrevem a doença, esta se apresenta nos seus quotidianos e como as pessoas

engendram ações de cuidado se si. Quis-se também perceber as relações que, durante os seus percursos, os doentes estabelecem com os profissionais e serviços de saúde.

Focando a atenção nas práticas levadas a cabo pelas pessoas hipertensas, crê-se que estas serão coerentes, imbuídas de raciocínios interligados, isto é de lógicas próprias. É neste sentido que evocamos o conceito de lógica, à semelhança do que é feito no trabalho de Annemarie Mol (2008), sobre as práticas dos doentes com diabetes, por exemplo. A ideia de lógica remete para as capacidades das pessoas criarem um “estilo” próprio de raciocinar e agir, revelado nas suas práticas e articulado com as necessidades e contextos específicos. As lógicas estão, portanto, imersas nas práticas, o que requer necessariamente um trabalho de campo de reconhecimento dessas práticas (Mol, 2008).

Na dissertação aqui apresentada, abordam-se as lógicas e práticas dos “doentes hipertensos”, considerando que se utiliza esta designação sempre como equivalente a “pessoas com hipertensão arterial”. A primeira categoria resulta do espaço de seleção dos entrevistados, os cuidados de saúde, e do diagnóstico médico que lhes é atribuído, sendo que, mesmo aí, as categorias não são fixas nem exclusivas. Falamos de pessoas com hipertensão, mesmo quando, por facilidade de discurso, utilizamos conceitos como “doentes” ou apenas “hipertensos”.

É um facto amplamente documentado pela história, sociologia e antropologia (Foucault, 1989; Kleinman, 1980; Vigarello, 2001) que as doenças são imersas em significados sociais, que são também construções socioculturais espaço-temporalmente determinadas. Esta circunstância, eminentemente sociocultural da interpretação e do sentir da doença pelos doentes e nos seus quotidianos, não é anulada pela definição objetiva produzida pelo modelo biomédico.

O modelo biomédico da doença lança os fundamentos sobre os quais assenta a medicina ocidental moderna e determina grandemente a configuração dos sistemas de saúde. Tal modelo e o seu sistema, segundo Foucault (2010) desenvolvem e alargam o seu poder na sociedade muito para além da doença. O bio-poder é uma teia de normas e regras de “domesticação” dos corpos, disciplina que invade e penetra todas as dimensões da vida. A doença é definida objetivamente, com base em sintomas ou

dados identificáveis que se enquadram em classificações, cujas causas assentam essencialmente em fatores orgânicos.

Mas, o que referir de um olhar sociológico sobre a hipertensão? Surge aqui pertinente a questão de Bernard Lahire (2005, p. 11): “existem objetos mais sociais do que outros?” Ao que o autor responde que “as ciências sociais têm de mostrar que não há nenhum limite empírico àquilo que podem estudar, isto é, que não há objetos mais sócio-lógicos, mais antro-po-lógicos do que outros, mas que o essencial está no modo científico (sociológico, antropológico, histórico) de tratamento do tema” (*Ibidem*).

A hipertensão tem também uma abordagem sociológica, antropológica, histórica, tal como sucede com outras doenças. Mas o que aqui se propõe obriga a que esta apreensão sociológica envolva uma dimensão do indivíduo na sua relação com a doença/corpo e com as perceções sobre ela. Bastante focada nas representações leigas ou nos contextos da atividade dos profissionais, a sociologia da saúde e da doença não se encontra facilmente com a corporalidade, com a realidade biofisiológica da doença, realidade essa absolutamente inseparável das experiências da mesma.

Sendo um mal físico, muitas são as expressões da hipertensão como um mal social ou o resultado de um certo modo de vida (moderno) que se torna patologia, se individualiza. Como vive então, o doente hipertenso, portador em si de uma patologia que reúne nas suas causas tantas e tão controversas origens? Como e o que pensa o hipertenso desta alteração de parâmetros fisiológicos que, tornando-se crónica, lhe recomenda uma gestão quotidiana da doença e das suas práticas de vida? Estudar as conceções e práticas dos doentes hipertensos é também estudar o social individualizado, ou seja, tal como refere Lahire (2005, p. 14), “é estudar a realidade social na sua forma incorporada, interiorizada”.

Em termos teóricos e metodológicos, tendo por base os princípios fundamentais do interacionismo, o fio condutor da pesquisa assenta numa abordagem sociológica compreensiva em que as experiências de doença são encaradas como construções de modos de viver com doença que individualmente se decidem no espaço situado entre as posições e disposições estruturais e como tal resultam de uma articulação dos condicionalismos sociais e da agência individual. O enquadramento é dado pela herança de Max Weber (1864-1920), com os desenvolvimentos sociológicos

posteriores, nomeadamente de Elias (1989), Berger e Luckmann (1998), Bourdieu (2006) e Giddens (2003), entre outros, que desenvolveram o conhecimento sobre a complexidade da relação entre indivíduo e sociedade e, como sublinha Luísa Ferreira da Silva (2008), nessa interação, desenvolveram a análise sobre os processos de internalização e externalização, de saber prático e disposições estruturais, nomeadamente de reflexividade estrutural e autorreflexividade. Dos vários autores, procurou-se retirar contributos, enriquecendo o debate e a análise.

Na era da construção reflexiva da identidade (Giddens, 1994), como se compõem comportamentos em matéria de saúde/doença perante as diretivas e conteúdos do sistema normativo de promoção da saúde e informação sobre os riscos, por um lado, e as representações e valores, e práticas culturais, por outro?

Viver de acordo com as normas do saudável, ter um “estilo de vida saudável” é uma noção carregada de significado social normativo, assente na autoridade da sua definição científico-médica, e operacionalizada na responsabilização individual pela adoção dos comportamentos corretos face à saúde/doença. O papel parsoniano de doente passivo e expectante de ajuda médica (Parsons, 1951) sofre, assim, uma transformação para o de doente que, mesmo sob vigilância médica, deve tomar a responsabilidade pela sua saúde, demonstrando a autodisciplina necessária para tal, isto é, adotando os comportamentos de vida medicamente recomendáveis para si.

O saudável médico refere-se a uma atitude de vida medida por comportamentos específicos, individuais, a que se atribui a virtude de diminuir a probabilidade de adoecer (Minayo, 2000), encarando os indivíduos como aptos a fazer escolhas em liberdade, perante a apresentação probabilística dos riscos de não as fazerem, ponto de vista próprio de um sistema cultural da individualidade e de uma racionalidade económica. Contudo, os comportamentos não resultam de meras decisões individuais. Eles são o resultado de opções de racionalidade contextual, isto é, embora as escolhas sejam individuais, elas são modeladas pelas circunstâncias objetivas e pelas disposições subjetivas (Silva, 2008).

Na pesquisa realizada, o intuito não reside meramente num conhecimento das práticas dos doentes hipertensos no que se refere à aplicabilidade, ou não, das recomendações relativas aos estilos de vida que recebem do regime médico. As

narrativas dos doentes permitem uma exploração das lógicas que subjazem essas práticas, refletindo as racionalidades presentes nas decisões que envolvem escolhas. Tal como no trabalho de Luísa Ferreira da Silva sobre o saber prático de saúde, a questão a perceber não é apenas o que as pessoas fazem mas também qual o sentido que dão ao que fazem, quais os valores e as crenças, quais as informações e representações que interagem na construção mais ou menos consciente que determina a ação (*Ibidem*).

Efetivamente, as descrições das práticas, feitas pelos próprios entrevistados, deverá permitir distinguir entre as disposições para crer (crenças) e as disposições para agir (atitudes), já que os indivíduos podem interiorizar modelos de comportamentos sem adquirirem os hábitos que os levariam a aproximar-se, nos factos, dos modelos desejados (Lahire, 2005). Com efeito, vários estudos verificam a falta de coincidência entre o conhecimento que os atores sociais têm das normas relativas ao modo de vida saudável, as atitudes consideradas desejáveis e os comportamentos postos em prática (Blaxter, 1998; Calnan & Williams, 1991; D’Houtaud & Field, 1989).

No que concerne à sociedade portuguesa, podendo pressupor-se a generalizada acessibilidade ao conhecimento que modela a ideologia do saudável, os dados relativos às práticas da população, revelam a pouca influência sobre estas que o conhecimento por si só consegue e um certo reflexo, também na área da saúde, das características “semiperiféricas” do país (Santos, 1994): a obesidade afeta um milhão de adultos e 3,5 milhões são pré-obesos (DGS, 2013a); na percentagem de crianças de 11 anos com excesso de peso em Portugal (32%) estamos a par com a Grécia (33%), a Irlanda e Espanha (ambas com 30%) (WHO, 2013b), e os portugueses são dos que fazem menos desporto na Europa (Eurobarometer, 2014).

No caso dos doentes hipertensos, a incitação ao cumprimento de regimes terapêuticos de vida e a descoincidência entre recomendações médicas e práticas dos doentes tem sido constatada na clínica (Gáscon *et al.*, 2004).

Na sociedade ocidental contemporânea, os gostos e hábitos alimentares estão muito relacionados com o que Norbert Elias (1989) referiu como *civilized self*. A promoção de estilos de vida saudáveis, para a população em geral mas de forma muito incisiva para os doentes hipertensos crónicos, incide sobretudo na importância e

necessidade de cumprimento de regimes de dieta e exercício físico (Lupton & Chapman, 1995). A regulação das dietas, a auto monitorização do corpo, são imperativos colocados em nome de uma racionalidade única que enforma os discursos de promoção da saúde apostados na criação de um doente capacitado.<sup>1</sup> As narrativas dos doentes hipertensos revelam a presença de outras apreciações práticas dos comportamentos de saúde/doença e do próprio corpo.

A investigação que aqui se apresenta parte deste enquadramento em torno dos comportamentos de saúde/doença, controlo médico, racionalidades, modernidade e experiências de doença. São, também estes, alguns dos conceitos principais do trabalho, conjuntamente com o conceito de risco, de corpo e de conhecimento leigo.

A abordagem teórico-concetual da investigação decorre da sociologia e de contribuições de diversas outras disciplinas e áreas de investigação, incluindo a filosofia, os estudos de comunicação em ciência e saúde, os estudos sociais da medicina e da saúde, a antropologia médica, a psicologia e a epidemiologia e a saúde pública.

A investigação realizou-se com doentes hipertensos controlados, em consulta específica de hipertensão arterial, numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários em Coimbra. A estratégia metodológica central consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas, em profundidade, aos doentes com o objetivo de ter acesso à sua própria narrativa do que é viver com hipertensão. Foi construído um guião de entrevista específico, tendo como modelo a McGill Illness Narrative Interview (MINI) (Groleau, Young & Kirmayer, 2006), que é um modelo de entrevista especialmente desenvolvido para a recolha de narrativas pessoais de experiência de doença.

A opção por privilegiar uma investigação assente nas narrativas de doença deve-se ao facto de se considerar que este é um meio privilegiado para explorar a diversidade de entendimentos e das práticas em torno da doença. As narrativas de experiência de doença ao mesmo tempo que revelam esquemas e formas pessoais de pensar a doença, revelam também o posicionamento dos sujeitos face a determinados

---

<sup>1</sup> Para uma discussão sociológica sobre o conceito de *empower patient* consultar Hege K. Andreassen e Marianne Trondsen (2010).

contextos sociais e institucionais, proporcionam uma reflexividade nos sujeitos sobre si mesmos, os seus hábitos e corpo, obtendo-se ainda uma leitura pessoal do doente sobre o significado que a doença e as coisas com ela relacionadas têm para si (Grouleau *et al.*, 2006; Stern & Kirmayer, 2004).

Foi realizada observação direta da consulta específica de hipertensão arterial, o que se revelou um elemento essencial para o aprofundamento da informação e análise sobre as interações que ocorrem no espaço do consultório. Para este objetivo foram feitas também entrevistas mais curtas aos utentes da consulta aquando do término da mesma. Perfez-se um total de 41 doentes hipertensos entrevistados. Realizou-se ainda entrevistas abertas exploratórias junto de peritos de saúde pública, médicos de família e clínica geral e pessoas hipertensas, o que permitiu adquirir um melhor conhecimento sobre hipertensão.

Note-se que, ao longo de todo o trabalho, sempre que se utilizam as palavras hipertensão, hipertenso, tensão, estas se referem sempre a HTA.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: num primeiro capítulo, intitulado *Um olhar sociológico sobre a doença e o viver com a doença*, onde se apresenta e discute os elementos essenciais que caracterizam a experiência da doença nas sociedades modernas: a intensificação do regime médico como modelo dominante no que concerne aos meios de orientação, experiência e prescrição de modos de conduta que visam a manutenção e reparação das funções orgânicas (Swaan, 1990); a conceção de risco e sua ligação aos estilos de vida e probabilidade de doença, e consequente individualização e racionalização da ação dos atores sociais. É feito um enquadramento histórico-sociológico da hipertensão como problema médico e de intervenção das políticas de saúde pública; e recorre-se à tradição das teorias interacionistas para suporte teórico de análise das práticas e comportamentos dos sujeitos. Esta tradição teórica, que concebe o ator como ser ativo, confrontando-se e resolvendo problemas, é aquela que se adequa à compreensão das narrativas dos doentes hipertensos. É abordado o conceito de racionalidade face a uma apresentação da doença em termos de risco, ou seja, questiona-se o modo como a racionalidade económica se torna dominante no que respeita aos comportamentos de saúde e como



esse fato resulta numa desclassificação de outras formas de racionalidades assentes em princípios de orientação distintos.

No segundo capítulo, explicita-se o delineamento e a realização do processo de investigação empírica e tratamento dos dados e apresenta-se a caracterização sociográfica dos doentes entrevistados.

No capítulo seguinte, trabalham-se e apresentam-se as narrativas e representações recolhidas na pesquisa empírica e tratadas em grandes categorias temáticas: as histórias de doença, a representação e relação com o universo médico, consulta e médico assistente, as recomendações médicas e os quotidianos dos doentes hipertensos, a etiologia leiga sobre a HTA. No quarto e último capítulo, reflete-se e elabora-se uma análise global sobre o que significa para os doentes ser considerado um doente de risco cardiovascular, identificam-se padrões de comportamentos e racionalidades que permitiram pensar na possibilidade de enunciar a presença de diferentes “tipos” de doentes, comportamentos e racionalidades na gestão e vivência da condição de doente hipertenso ou doente de risco. E por fim, na conclusão, dá-se conta, em síntese, dos resultados desta investigação, deixando algumas reflexões em torno da temática e da importância da sociologia para a compreensão não apenas das diferentes abordagens sobre a doença mas também dos condicionalismos materiais e simbólicos de diversas ordens que enformam as práticas em situação concreta de doença, nomeadamente no que respeita a realidades tão complexas e multidisciplinares como são as doenças crónicas.



## CAPÍTULO I

# UM OLHAR SOCIOLÓGICO SOBRE A DOENÇA E O VIVER COM A DOENÇA

### 1. Experiências de doença sob regime médico

As experiências de doença têm sido objeto de análise sociológica num conjunto variado de trabalhos e de perspectivas: na sua relação com os contextos e/ou pertenças culturais (Augé, 1984; Good, 2008; Laplantine, 1991); estabelecendo uma análise entre as leituras médico-científicas e os saberes leigos (Alves F., 2011; Kleinman, 1980 e 1989; Silva, 2008); olhando para as implicações das doenças crónicas (Audulv, Asplund & Norbergh, 2010; Bury, 1982 e 1991); ou focando as questões comportamentais, estilos de vida e *empowerment* (Blaxter, 1998; Calnan, 1990; Keating & Cambrosio, 2003).

Embora possamos ter uma análise da experiência sob diversos pontos, a abordagem da saúde e da doença é sempre concomitante com um olhar para o regime médico, sendo este, e em qualquer contexto histórico-social, enquadrador das experiências da doença porque as classifica, normatiza e lhes atribui sentidos próprios que, embora não destituindo outros, se lhes impõem ou se conjugam em arranjos interpretativos variados.

Os regimes médico-terapêuticos moldam ou enformam a vida e o sentir de quem está doente, porém não retiram aos contextos da vida e cultura das pessoas a referência central para a atribuição não só de sentido como de capacidades de poder para a construção das suas vivências da doença. Devemos, por isso, para compreender

as experiências de doença considerar o modo como nestas se interligam os vários universos.

### **1.1. O regime médico**

No que respeita à doença, a primazia e a prioridade dos aspetos físicos e da abordagem médica não são algo intrínseco à natureza das coisas mas o resultado de uma solução ou arranjo social que foi sendo construída como resposta à nossa necessidade de lidar com o mal-estar físico e perda de funções, considerando isso como indesejado e inapropriado. Esta solução social constituída é designada por regime médico e diz respeito à totalidade de preceitos (normas, ordens) que os médicos prescrevem a outros seres humanos seus contemporâneos, à dominação dos médicos no que concerne aos meios de orientação, modos de experiência e formas de conduta no que respeita a reparar e manter funções orgânicas (Swaan, 1990: 25).

O regime médico intensificou-se desde os finais do século XX, o que faz com que a sua ação se estenda muito para além da deteção da doença e o seu alcance não seja apenas em reparar e manter funções mas vise a prevenção, a jusante, e mesmo o incremento das performances físicas. Na medida em que este regime se estabeleceu nas nossas sociedades, cada vez maior mais pessoas orientam os seus comportamentos segundo instruções médicas em cada vez maior número de aspetos das suas vidas o que, segundo Abram Swaan (1990), constitui um processo de aumento de dependência face aos médicos e ao regime médico. Este incremento de dependência esteve a par com o crescimento do *status* médico, aumento de ansiedade e perda de autonomia dos doentes. Contudo, tais movimentos no sentido de uma maior medicalização não são nem incontestados, quer pelas pessoas em geral e por próprios membros do corpo médico, nem os indivíduos se revelam ser passivos

perante eles, gozando sempre de autonomia e agir próprio, criando configurações de práticas de saúde e doença próprias.<sup>2</sup>

O crescendo da presença da medicina na sociedade e nas vidas particulares dos indivíduos tem sido debatido na sociologia sob o conceito de medicalização, designando o modo como diferentes tipos de problemas sociais são redefinidos como problemas que caem sob a alçada do conhecimento e das práticas médicas.<sup>3</sup> Mais recentemente, as novas formas de alinhamento e articulação entre as ciências da vida e a medicina, estudadas em pormenor por historiadores e sociólogos (Clarke, Mamo & Fosket, 2010; Gaudillière, 2002; Keating & Cambrosio, 2003), e que conferem um novo sentido à expressão “biomedicina”, têm resultado numa ampliação e transformação dos modos de medicalização da sociedade. Uma das consequências desse processo é a crescente vinculação dos sujeitos aos saberes e práticas da biomedicina e às definições que esta propõe e preconiza do que conta como saúde e como doença. Novos recursos tecnológicos permitem hoje expandir de maneira significativa a vigilância, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas, ampliando o controlo dos saberes e poderes da medicina sobre a vida quotidiana dos cidadãos. Este processo está associado, de forma complexa e contraditória, com o acesso crescente e, pelo menos tendencialmente universal dos cidadãos em sociedades como aquelas que integram o espaço da União Europeia, aos cuidados de saúde e a sua vinculação, ao longo da vida, a práticas de vigilância do seu estado de saúde, justificadas através da obrigação dos cidadãos em adotar estilos de vida considerados saudáveis, enquanto parte da definição de uma cidadania responsável (Clarke, Mamo & Fosket, 2010; Rose, 2007).

Na sociedade portuguesa, a existência, desde finais da década de 1970, de um Serviço Nacional de Saúde que, por princípio, garante o acesso universal a cuidados de

---

<sup>2</sup> Utiliza-se o termo *configurações* no sentido que lhe é dado por Norbert Elias (1989), ou seja, referindo as relações de interdependências entre os indivíduos que são criadas de modo dinâmico. Segundo Elias, “o objeto de estudo da sociologia” é definido pelas “redes de inter-relações, as interdependências, as configurações, os processos formados pelos homens interdependentes” (Elias citado por Chartier, 1988, p. 100). Elias atribui um papel central às redes de dependência recíproca que fazem com que cada ação individual dependa de toda uma série de outras. As configurações, ou seja, as redes de interdependências, não são fixas mas em constante mutação, funcionam como processo permeado por equilíbrios e tensões.

<sup>3</sup> Para uma discussão do conceito de medicalização na sociologia, consultar Conrad (1992), Jonathan Gabe (2004a), entre outros. Sobre a evolução do conceito ao longo do século XX, ver Nye (2003).

saúde, tornou, para a maioria dos portugueses, a relação com as instituições e os profissionais de saúde e com o conhecimento biomédico e a autoridade epistémica destes uma parte importante da sua experiência de vida. Essa relação ocorre não apenas através da procura de cuidados em situações de doença, mas também através de práticas de prevenção, vigilância e rastreio que, em muitos casos, se tornaram parte da vida quotidiana dos cidadãos (Simões, 2010).

Refira-se que esta presença dos cuidados de saúde é um dado muito positivo ligado às grandes melhorias dos indicadores de saúde nacionais (DGS, 2015), e que em si mesmo não é um mal, nem conduz a um estado de submissão e de dependência acrítica. Não se deve esquecer que estes instrumentos estatais se, como afirma Wagner (1996), por um lado, se apoiam numa gramática e em narrativas disciplinares, por outro lado, apoiam-se em gramáticas e narrativas de liberdade.<sup>4</sup>

A noção da vulnerabilidade da pessoa a um dado problema de saúde assenta, com raras exceções, na minimização da complexidade associada à causalidade multifatorial que caracteriza a maioria das doenças (Gilbert & Epel, 2008; Maienschein, 2005; Rabinow & Dan-Cohen, 2006). Esta complexidade é uma característica presente na hipertensão onde se reconhece um conjunto complexo de interações causais que vão de fatores genéticos a ambientais (Dominiczak *et al.*, 2000; Ribeiro, 2010).

Os doentes hipertensos tendem a criar um tipo particular de vínculo, que se mantém ao longo da vida, à ordem biomédica. As pessoas diagnosticadas com hipertensão dependem desse vínculo à biomedicina para o acesso a recursos que permitem gerir essas situações, como por exemplo os fármacos hipertensores, mas também como uma garantia de vigilância médica contínua. É importante não esquecer que a hipertensão, enquanto doença crónica e fator de risco de doença cardiovascular, exige uma atenção permanente (Sabaté, 2013).

A atenção médica exclusivamente dedicada aos sintomas ou ao processo biológico da doença face a uma pessoa que foi ou está a ser identificada como doente

---

<sup>4</sup> Peter Wagner (1996) propôs o duplo conceito de liberdade e disciplina mutuamente relacionados no sentido de entender não só os caminhos da modernidade mas também o seu alcance societal (como referido por Resende, 2003, p. 93-94).

é uma abordagem recente na medicina. A medicina de cabeceira do século XVIII implicava inúmeras especulações e conversas sobre toda a situação e vida do doente, e a medicina do século XIX foi dominada durante um longo período por uma “polícia médica” que investigava e tentava incrementar as condições sanitárias, de nutrição, habitação e condições de trabalho de toda uma população, salubridade dos locais públicos e privados, sendo a doença considerada uma ameaça coletiva e, consequentemente, exigindo-se que houvesse uma ação médico-sanitária para lá dos corpos individuais. Portanto, uma medicina cujo *focus* se restringe ao exame físico individual do doente é algo relativamente recente (cf. Foucault, 1994). Hoje, este exame físico permite não apenas a detecção de doença mas de sinais de probabilidades de doença.

Nicolas Doddier (2003), na análise realizada sobre a epidemia da SIDA em França, caracterizou aquilo a que chama “modernidade terapêutica” como uma nova medicina em que a tradição clínica hospitalar sofre uma erosão a favor de uma maior inter-relação com outros especialistas ou interlocutores tais como estatísticos, investigadores, laboratórios farmacêuticos, comités de ética, decisores políticos. As experiências de doença na modernidade terapêutica são mais do que nunca marcadas pela interação com o regime médico e, cada vez mais, maior número de pessoas está sob supervisão médica e não recorre aos médicos apenas em períodos de crise. Esta supervisão, há muito que está para lá do espaço do hospital, tornando-se mais ou menos difusa nas recomendações para os quotidianos e vigilâncias periódicas. Os doentes crónicos são dos grupos de pessoas que preenche mais este universo de pacientes, mas também o são aqueles a quem foi identificado, por exemplo, mutações ou polimorfismos genéticos, que alegadamente tornam o indivíduo vulnerável a determinados problemas, e também as pessoas idosas.

Na verdade, uma categoria cada vez maior de pessoas está sob regime médico pela razão de que as pessoas vivem mais anos. Os idosos são um grupo em permanente vigilância médica. A presença de mais e maiores preocupações de saúde, condições de multipatologias, fazem com que a vida dos idosos seja ainda mais medicalizada. Mas, para todos os indivíduos os comportamentos do dia-a-dia como hábitos de higiene, alimentação, exercício, passaram a ser suportados por

recomendações ou considerações médicas que os classificam como saudáveis ou não saudáveis. As pessoas impõem-se uma série de limitações sobre si mesmas. Por exemplo, os comportamentos alimentares, desejos, gostos e preferências, passam a ser geridos segundo princípios de racionalidade médica (Swaan, 1990, p. 59).

Porém, há por parte dos consumidores e utentes dos serviços de saúde, em geral, e das pessoas com algum tipo de patologia, em particular, um espaço de uso das informações e dos comportamentos de saúde que mostra a capacidade destas desenvolverem uma receção dos saberes e recomendações médicas que não é acrítica nem passiva (Zinn, 2008). Pode-se verificar este fenómeno, por exemplo, com os movimentos em torno da SIDA (Barbot, 2002; Dodier, 2013), no maior protagonismo das associações de doentes (Clamote, 2009) e participação dos cidadãos nas questões da saúde (Serapioni & Matos, 2014), nas práticas das pessoas com diabetes (Mol, 2008) e mesmo inquirindo os comportamentos dos doentes idosos (Salter et al., 2011; Elias & Lowton, 2014)

A capacidade do sistema médico detetar a doença na ausência do desconforto comporta também um desenvolvimento da medicalização. A premonição de uma doença potencial é detetada cada vez mais cedo num maior número de pessoas. Tal é possível pela enorme capacidade da tecnologia médica (Rabinow, 1996).

O atual progresso tecnológico permitiu um refinamento do diagnóstico que conjuntamente com o desenvolvimento organizacional torna exequível o rastreamento em massa das populações e uma medicina antecipatória. Uma vez detetados sinais de possíveis riscos para a saúde, estas pessoas, podendo ainda não estar doentes, tornam-se “protodoentes” (Swaan, 1990, p. 60). Os médicos têm agora que prestar atenção a estes “proto-pacientes” e levá-los a seguir as suas recomendações, mantendo-os sob vigilância com exames, análises, fazendo-os alterar hábitos e dietas. Tudo isto, porém, não sucede a um único discurso ou práticas não problematizadas mas plurais, ou seja, em que, quer do lado da própria ciência médica, quer das pessoas com doença, encontramos abordagens variadas (Berg & Mol, 1998).



## 1.2. A abordagem sociológica da doença

A sociologia da saúde e da doença, bem como a antropologia e a história das doenças e da medicina, têm contribuído para a compreensão de que a doença, enquanto produto de diferentes construções sociais, desmultiplica-se e fragmenta-se numa pluralidade de discursos, conhecimentos e práticas. François Laplantine (1991), numa das suas obras mais importantes – *Antropologia da Doença* –, problematiza a ideia de doença como fenómeno social, de modo a evidenciar que esta não é um produto exclusivo dos especialistas, mas de todos. Por outras palavras, o autor nega a ideia que confunde a própria etiologia com a etiologia científica da medicina moderna em detrimento de uma etiologia de carácter mais subjetivo, aquilo que ele considera a doença na primeira pessoa.

Através de uma análise metacultural das formas elementares da doença e da cura, Laplantine (*Ibidem*) mostra que existe uma pluralidade de discursos sobre a doença e a saúde, ou seja, uma pluralidade de normas interpretativas elaboradas pelas diferentes culturas e sujeitos. A ideia da presumível superioridade da medicina quanto à interpretação da doença merece, pois, ser relativizada no que respeita à experiência da doença. Para Laplantine, a verdadeira amplitude do discurso sobre este fenómeno social, abrange, entre outros, o da própria medicina, e isto porque qualquer médico, seja na prática de diagnóstico, seja no tratamento que administra e, evidentemente, na sua própria experiência da doença, tem também uma compreensão não (bio)médica da patologia e da terapia.

Quotidianamente os clínicos lidam com pessoas e com as suas experiências vividas de doença. Destes encontros resultam situações em que as experiências subjetivas permeiam e afetam quer o dito pelos doentes quer as próprias análises médicas. Ou seja, o corolário do facto de a representação mais afetiva da doença pela pessoa doente jamais ser integralmente fictícia é que a compreensão mais “cientificamente neutra” do médico jamais é integralmente científica, isto é, isenta de representações (Laplantine, 1991, p. 14).

Na sociologia e antropologia portuguesa vários autores têm revelado os entendimentos não médicos da doença presentes na população e o modo como estes

são importantes no que à condução dos comportamentos de saúde diz respeito. Berta Nunes (1997), na sua obra *O Saber Médico do Povo*, descreve de forma exemplar como uma comunidade rural, ainda pouco familiarizada com as práticas médicas de cura, cuida de si através de um conhecimento de experiência feito e com recurso aos elementos do seu contexto natural. Luísa Ferreira da Silva (2008) explora as racionalidades leigas da saúde, mostrando como estas se implicam nas formas de fazer do quotidiano. Os trabalhos sobre patologias ou situações específicas têm sido também um contributo importante, tornando clara a importância da representação social da doença (cf. Alves F., 2011; Nunes, Barradas & Queirós, 2012; Resende & Dias, 2010).<sup>5</sup>

Neste contexto das sociedades medicalizadas e, sobretudo, entre aqueles que por questões de doença estão numa relação de maior proximidade e vínculo contínuo com o sistema médico, é necessário perceber melhor as interpretações não médicas particulares relativas à condição de doença e consequentemente à ação sobre ela. Enquanto a atenção sociológica recai nas interpretações e nas interações sociais, no desenvolvimento de redes de relações em torno da pessoa doente, nas implicações da doença na vida das pessoas, o interesse médico foca-se no processo biológico do corpo do sujeito individual.

Sendo na hipertensão tão sublinhada a questão comportamental, é importante refletir sociologicamente no modo como os comportamentos dos doentes hipertensos estão enquadrados por um conjunto de elementos não particulares. Ou seja, que estão para além de cada indivíduo hipertenso, tais como: as diferentes culturas e racionalidades presentes na nossa sociedade e na abordagem que é feita à hipertensão como fenómeno patológico e os grandes princípios organizadores da modernidade como são a individualização, a cientificização, a flexibilidade, a gestão dos riscos e do corpo.

Na generalidade dos casos, a doença é reconhecida por uma deterioração ou alteração das funções corporais mas também sociais (Parsons, 1951). Se esta dupla

---

<sup>5</sup> Sobre a produção científica e temáticas presentes na sociologia da saúde em Portugal, consultar Silva (2013).

abordagem da doença, segundo um “modelo médico” ou “um modelo social” (Swaan, 1990) serve, em termos teóricos e profissionais para dar leituras e mover diferentes profissionais no auxílio dos doentes (médicos, assistentes sociais, psicólogos), para as pessoas em situação de doença, a deterioração e a angústia física e social são uma e a mesma coisa. Não admira que muitas das queixas dos doentes não sejam específicas e/ou apenas de ordem física, mas apresentem “sensações”, precisamente no duplo sentido de sensação física e estado de alma, como uma questão biológica mas também emocional, com ansiedade, *stress*, zanga, depressão e conflito (*Ibidem*; Jutel, 2010).

A afirmação da doença também como fenómeno sociocultural acarreta profundos desafios quer para as ciências sociais quer para a medicina e prática clínica. Para lá de toda a capacidade, fornecida pela tecnologia, de ler o corpo, a biomedicina ocidental do século XXI não pode reduzir o corpo a um mero organismo físico, no sentido corpo-máquina, mas tem de prestar toda a atenção, sobretudo no que respeita às doenças crónicas, à experiência da doença e de ser doente. Por outro lado, a sociologia não pode deixar de considerar essa experiência como uma situação sentida e vivida no corpo, como uma realidade física concreta, corpórea. Em situação de doença, como em saúde, a forma como agimos e nos vemos a nós mesmos é algo que moldamos de acordo com as expectativas e leituras do grupo a que pertencemos (Bauman & May, 2001, p. 20).

### **1.3. A relevância teórico-metodológica das narrativas da experiência de doença**

As experiências pessoais da doença, expressas sob a forma de narrativas, constituem um tópico de elevado interesse tanto na sociologia da saúde e da medicina como na antropologia médica. Estas fornecem não só materiais únicos para explorar as formas como os indivíduos atribuem sentido às suas experiências de doença, como também permitem aceder ao repertório (conjunto de conhecimentos, sintomas relatados numa determinada ordem, estabelecimento de ligações) dos seus modelos explicativos e protótipos (padrões ou modelos) salientes, enquanto articulações particulares das suas experiências com o conhecimento biomédico (Kleinman, 1989).

A opção por privilegiar empírica e analiticamente as narrativas para uma pesquisa sobre conhecimento em saúde assenta no pressuposto de que o entendimento da saúde e da doença é inseparável da própria experiência destes estados e do modo como ela afeta a relação que os sujeitos estabelecem com a saúde e a maneira como tematizam a saúde e a doença (Scheper-Hughes, 1994; Scheper-Hughes & Lock, 1987).

A análise das narrativas permite o estudo de configurações de conhecimento sobre saúde baseadas na experiência pessoal e na trajetória dos sujeitos, incluindo a sua relação com o conhecimento biomédico e com os cuidados de saúde, mas também com a família, a comunidade e outras formas de terapia (Groleau, Young & Kirmayer, 2006; Kleinman, 1989). As narrativas de doença fornecem materiais únicos para explorar não só a diversidade de formas como os indivíduos a consideram e lhe atribuem sentido, mas também para aferir os modelos explicativos e protótipos populares a ela associados (*ibidem*). São histórias que permitem expressar a experiência e a forma como a realidade se manifesta, ela própria, como uma experiência (Frank, 2010).

Sem rejeitar as propriedades lógicas, coerentes e racionais das histórias individuais de experiência de doença, é necessário compreender que as narrativas às quais as pessoas recorrem para explicar a sua doença e sintomas são constituídas por diferentes estruturas e por representações (Groleau, Young & Kirmayer, 2006), o que denota uma relativa pluralidade na forma como as mesmas recorrem construtivamente ao discurso para explicar a sua doença, sintomas e trajetórias. Estes reportórios de termos, protótipos e modelos explicativos da doença, na sua forma narrativa, constituem um recurso importante na apreciação da relação entre contextos particulares, vocábulos e sentidos que, em última análise, caracterizam os processos de conhecimento leigo sobre saúde (Calnan, 1987; Dingwall, 2001).

O conhecimento leigo sobre saúde é construído e apreendido a partir de uma complexa rede de relações constituída a partir dos vínculos que se estabelecem ao longo do tempo entre os sujeitos e a sua família, entre os amigos, pares, mas também no encontro destes com a biomedicina, portanto, a partir do encontro clínico (Alves F.,

2011). É possível detetar as configurações discursivas nestas atribuições de sentido, que são também formas de racionalização e de representação pessoal.

As narrativas de experiência de doença revelam esquemas e formas pessoais de pensar a doença, mas também definem o posicionamento dos sujeitos face a determinados contextos sociais e institucionais (Stern & Kirmayer, 2004), permitindo o acesso à diversidade de recursos que servem a estas estratégias, como sejam o vocabulário, os usos do conhecimento médico, a relação com os seus próprios contextos e história de vida. Ao reformular a experiência subjetiva de doença sobressaem processos interpessoais e locais que permitem definir o que é realmente importante para as pessoas nos seus mundos. Segundo Groleau, Young & Kirmayer, 2006, p. 673), a exploração das narrativas de saúde e doença envolve um processo construtivo que é composto tanto por “dinâmicas psicológicas internas” como por “dinâmicas sociais externas”. As primeiras incluem o uso da memória e a interposição das emoções na reorganização e reconstrução de uma narrativa *fictícia* de imagens desejadas. Desta forma, as narrativas são sempre complexas, multifacetadas e polissémicas. Possibilitam entender tanto a experiência individual como o contexto no qual decorrem.

O conhecimento que decorre da experiência da doença permite que os indivíduos exerçam uma espécie de trabalho sobre si mesmos, no qual vão redefinindo quem é o protagonista da história. Mas o que se entende por *experiência*? Num domínio fenomenológico a doença pode ser vista como um tipo de experiência. No contexto deste trabalho, consideramos a abordagem inspirada na obra de John Dewey (1859-1952) e na sua recente reinterpretação por Richard Shusterman (1999). Esta reinterpretação do conceito de experiência suscita uma questão que, embora não possa ser abordada de maneira sistemática neste trabalho, deve estar no horizonte de qualquer investigação em que o acesso às experiências vividas dos sujeitos passa pelas narrativas e relatos destes: há experiências somáticas que não são narráveis, e por isso aquelas que serão tratadas no âmbito desta investigação são as que foram articuladas sob a forma de narrativas pelos sujeitos entrevistados.

Nesta perspetiva, poder-se-á dizer que as narrativas constituem uma forma de trabalhar sobre si, uma forma de *tecnologia do eu* (Foucault, 2008). A narrativa seria

assim uma forma de produção de subjetividade, ou seja, ela constituiria um certo tipo de sujeito, a maneira como, ao falar de si, o sujeito se define como sujeito da saúde. Nos termos de Foucault, a narrativa aparece como uma parte do que ele designa de *equipamento* que permite transformar o *logos* em *ethos*, o saber em forma de subjetividade (Foucault, 2008; Rabinow, 2004). Nos estudos sobre saúde e doença têm sido usados termos variados, como *experiencia vivida* ou *experiência incorporada* (Shusterman, 2008). No campo da antropologia médica, há um conjunto de autores que têm vindo a demonstrar a importância do conhecimento baseado na experiência médica (Biehl, Good & Kleinman, 2007; Good, 2008), um conhecimento que pode assumir formas incorporadas e não tematizadas.

O conceito de *narrativa* tem sido, por si só, objeto de discussão entre os investigadores, podendo ser entendido como a reconstrução de uma história de vida em que se infere a explicação de uma experiência coletiva através do discurso do sujeito individual (Pierret, 2003). Seja qual for o seu uso e sentido a narrativa adquiriu um lugar central nos estudos de experiência da doença. Bury (2001), por exemplo, distingue três formas ou tipos de narrativas de doença. Um primeiro tipo, a que chama *contingent narratives*, é aquele em que são dadas a conhecer as crenças sobre as causalidades, sintomas, fatores, efeitos no corpo. Como é que os doentes e familiares lidam com reconhecem efeitos e consequências. Num segundo tipo, a que chamou *moral narratives*, destaca-se a leitura ou avaliação moral ente o pessoal e social, considerações morais, religiosas, culpa, vergonha. Numa terceira forma de narrativa, *core narratives*, são valorizados os aspetos linguísticos, símbolos, identifica-se um tipo de narrativa – cómica, heroica, trágica, romântica. A formação destas narrativas da doença é modelada pela cultura, sendo que as narrativas têm um papel importante na própria interpretação da doença.

As entrevistas registadas com os doentes hipertensos contêm em si todas estas narrativas ou conteúdos. Delas podemos obter um conhecimento relativo às interpretações causais, ou modelos explicativos da doença e formas de os doentes lidarem com as suas manifestações, nomeadamente com vista a controlá-las. Encontramos também uma leitura moral sobre o ser doente, sobre os comportamentos particulares, dos outros e sobre a própria sociedade. E conseguimos

identificar um “tipo” de história ou, como se de um filme se tratasse, encontramos guiões diferentes que conduzem as histórias dos nossos doentes e onde eles vão fazer entrar a doença. Porque na história, que é a história da vida, a doença surge sempre em relações complexas com outros enredos, parte do mesmo guião, muitas vezes apresentada como consequente ou mesmo desfecho final.

Sem rejeitar as propriedades lógicas, coerentes e racionais das histórias individuais de experiência de doença, interessa dizer que estas podem apresentar diferentes estruturas o que denota a relativa pluralidade na forma como os sujeitos recorrem construtivamente ao discurso para explicar a sua doença, sintomas e trajetórias. Estas estruturas, ainda que integradas em narrativas pessoais, tendem a traduzir disposições partilhadas sobre os significados dos estados de saúde e de doença. De acordo com Groleau *et al.* (2010, p. 677).

(...) alguns estudos sobre comunidades têm mostrado que as experiências prototípicas passadas e os modelos explicativos nem sempre são idiossincráticos. No entanto, fazem frequentemente referência a teorias populares de saúde localizadas que podem influenciar a adoção de determinados comportamentos de saúde, bem como refletir os fundamentos do contexto sociocultural do indivíduo...

É neste sentido que as experiências pessoais de doença têm constituído um tópico de interesse tanto na sociologia da saúde e da medicina como na antropologia – disciplina onde a atenção aos modelos explicativos tem sido maior, senão mesmo dominante (Stern & Kirmayer, 2004).

## **2. Hipertensão: o interesse médico e o olhar social**

Com Talcott Parsons (1951), no Capítulo X da obra *The Social System*, a análise sociológica sobre a saúde iniciou-se como sociologia médica ou uma sociologia da medicina que se veio a transformar em sociologia da saúde e da doença, sendo esta entendida, sobretudo como doença ressentida, leitura social e experiência de doença (*illness*), concentrando-se em grande parte sobre os aspetos sociais de temas relacionados com a saúde.

Os cientistas sociais têm sido relutantes em abordar as doenças nas suas manifestações fisiológicas e biológicas, o que resulta num empobrecimento da análise sociológica (Timmermans & Haas, 2008). Raramente a doença surge como questão central nas questões de investigação sociológica e dificilmente se incluem dados ou elementos clínicos na análise sociológica (*ibidem*).<sup>6</sup> Uma sociologia da saúde e da doença (no sentido também de bio-fisiológica) que possa explorar a dialética entre vida social e doença, tentando perceber as implicações de uma na outra, parece-nos muito importante.

Se é bastante difícil à sociologia incluir elementos clínicos e uma análise biofisiológica da doença, o reconhecimento da sua importância deve ser considerado, sem que tal desvalorize os aspetos dos determinantes sociais e não anulando a pertinência das correntes mais construtivistas ou das teorias da “fabricação” da doença (Fox, 1999). Como referem Timmermans e Haas (2008), não devemos ser bio-fóbicos nem “médico-fóbicos” e é possível e útil realizar uma sociologia da doença considerando a sua complexidade. Usando as palavras de Talcott Parsons, *“o próprio homem é em si mesmo organismo vivo e ator humano, ou seja, pessoa e ser social e cultural; por isso, a saúde e a doença, como fenómeno humano, será, em si mesma orgânica e social”* (Parsons, 1978, p. 81).

---

<sup>6</sup> Num levantamento dos artigos científicos publicados em Jornais de Sociologia da Saúde e da Doença, apenas 21% dos artigos se referia a uma categoria específica de doença. As doenças que mereceram maior atenção foram a SIDA (16 artigos), vários tipos de cancro (14 artigos), doenças cardiovasculares (5 artigos), depressão (4 artigos), seguidas de anorexia, asma e dores de costas crónicas. Na sociologia em Portugal, a doença está presente em trabalhos sobre a depressão e a doença mental (Alves F., 2011), sobre riscos genéticos e cancro (Mendes, 2007), havendo estudos mais recentes sobre viver com asma (Queirós, 2013), e com lesão vertebro-medular (Fontes & Martins, 2015), entre outros.



## 2.1. A elaboração do problema médico

Embora possamos dizer que a hipertensão é uma consequência da medicina moderna, é igualmente verdade que é uma das suas invenções. A hipertensão arterial, um conceito mais que uma doença, é um fenômeno fascinante de observar porque a sua existência, a sua história, e as questões que coloca são um dos melhores reflexos do que é a medicina contemporânea (Postel-Vinay, 1996, p. 6-7).<sup>7</sup>

A história da hipertensão arterial está ligada e contribuiu para a emergência da medicina moderna. Postel-Vinay (1996) apresenta a história da evolução das ideias e modos de pensar a hipertensão arterial. Segundo o autor, como entidade, a hipertensão cresceu como resultado de um bloco científico, conjuntamente com outros, mas a sua configuração geral não foi apenas trabalho da ciência médica. Áreas tão diversas como a ética, a economia, a sociologia e filosofia tiveram uma enorme influência.

Considerando como ponto de referência o desenvolvimento do punho<sup>8</sup>, foi em 1896 que a hipertensão ganhou o seu lugar de direito como parte integrante da medicina. Este método transformou a medição da hipertensão num ato de rotina profundamente embrenhado na cultura médica científica de todos os clínicos e deu-lhe uma expressão numérica (*Ibidem*).

A hipertensão é uma entidade definida por números mais do que por palavras ou sintomas. Mas as conotações da hipertensão estão muito para lá de uma mera questão numérica. Alguns estudos de patofisiologia sugerem que os níveis elevados da pressão arterial estão relacionados com o *stress* associado à vida moderna nos países industrializados. A elevação dos valores tensionais resulta de interações complexas entre vários fatores genéticos e ambientais. Esta abordagem retrata a hipertensão como uma doença da civilização, ou do “modo de vida americano” (Postel-Vinay, 1996,

---

<sup>7</sup> “While it might be true to say that hypertension is a consequence of modern medicine, it is equally true that it is one of its inventions. Arterial hypertension, a concept rather than a disease, is a fascinating phenomenon to observe because its existence, its history, and the issues at stake are one of the best reflections of what contemporary medicine is all about” (Postel-Vinay, 1996, p. 6-7).

<sup>8</sup> Braço insuflável de Riva-Rocci.

p. 6). Atualmente, os epidemiologistas moderaram esta visão e consideraram a hipertensão como o reflexo não tanto de “um modo de vida” mas do envelhecimento populacional. Por outro lado, nas sociedades em que as doenças infectocontagiosas e mortalidade infantil se encontram controladas, pode dar-se atenção às doenças degenerativas.

Em termos históricos, a identificação da hipertensão arterial ficou-se a dever ao interesse comercial dos negócios das companhias de seguros.<sup>9</sup> Os médicos das companhias de seguros, em especial na América do Norte, foram os primeiros a suspeitar e demonstrar através de dados estatísticos, que a hipertensão se relacionava com as doenças cardiovasculares. Realizar um seguro de vida implicava estimar o tempo de vida previsível de que aquela pessoa poderia dispor, o que levou à criação de relações e tabelas de longevidade e mortalidade. Na segunda metade do século XIX, ainda sem que a pressão arterial tivesse sido medida no homem, já os médicos das companhias de seguro procuravam detetar aquilo que designaram por “doenças obscuras”, assintomáticas, não manifestas mas que teriam um papel importante, apresentando-se como um fator de risco na esperança de vida dos indivíduos segurados. Os seguros de vida promoveram um enorme interesse nas análises estatísticas da esperança de vida de indivíduos “saudáveis” e na identificação dos riscos individuais.

Na viragem para o século XX, começaram a ser feitas comparações entre os casos de sujeitos normais e aqueles em que foi detetado o fator de risco, o que levou ao cálculo de “risco acrescido”, um conceito que ganharia cada vez mais importância numa medicina preventiva ou numa “ciência do diagnóstico e prognóstico”.<sup>10</sup>

Entre 1900 e 1930, as companhias de seguros de vida eram as únicas a revelar interesse na epidemiologia da hipertensão arterial. Porém, quando os hospitais e registos administrativos começaram a apresentar um crescente aumento do número de óbitos devido a doenças degenerativas como cancro e doenças cardiovasculares, as

---

<sup>9</sup> Sobre este assunto ver o capítulo “Recognising hypertension: The essential contribution of life insurance companies to the discovery of risk” em Postel-Vinay (1996, p. 31-47).

<sup>10</sup> Expressão usada pelo presidente do primeiro congresso dos clínicos das companhias de seguros, realizado em Bruxelas em 1899 (cf. Postel-Vinay, 1996).

entidades oficiais foram forçadas a prestar atenção à hipertensão. Entre 1930 e 1950, as doenças cardiovasculares vão gradualmente emergindo como a principal causa de morte nos Estados Unidos e na maioria dos países europeus. O aumento de esperança de vida nestas sociedades mais desenvolvidas, a diminuição da incidência das doenças infecciosas, particularmente a tuberculose, contribuiu para a mudança notória das estatísticas da mortalidade. Contudo, apesar da crescente evidência da sua incidência nas populações no período entre as duas Grandes Guerras, as autoridades públicas não dedicaram recursos ou interesse significativo à área da medicina cardiovascular. Por esta altura, o cancro, encaixando bem com todas as metáforas bélicas, era o centro das atenções das autoridades de saúde e consumia a maioria dos recursos disponíveis. E por outro lado, com a Guerra, concentravam-se todas as preocupações e dedicação médica aos vários problemas que molestavam os soldados.

Definida de modo muito arbitrário e albergando causas para lá das barreiras anatómicas e da clínica, a hipertensão arterial ganhou o estatuto de um dos maiores problemas de saúde pública depois da II Guerra Mundial (Postel-Vinay, 1996: 6-7). Depois da Guerra, o estudo de Framingham<sup>11</sup> confirmou aquilo que as companhias de seguro já vinham a proclamar: a tensão arterial elevada é o maior risco de doença vascular.

O estudo de Framingham foi determinante para o reconhecimento da importância médica e social da hipertensão. Este estudo tinha como objetivo inicial identificar diferenças entre os indivíduos que desenvolviam doenças cardiovasculares e os que não as desenvolviam. Mas uma nova análise era necessária – uma epidemiologia prospetiva. O advento desta nova área, após a II Guerra Mundial, marcou uma viragem conceptual importante. O objetivo já não era apenas descritivo, ou de compreender mas dedutivo, realizar uma epidemiologia dedutiva (*Idem*, p. 52). Este estudo validou o conceito de doenças multifatoriais, tornou-se um símbolo da

---

<sup>11</sup> O estudo de Framingham foi um vasto estudo epidemiológico que deve o seu nome à cidade do Massachusetts onde foi realizado pelas autoridades públicas de saúde norte americanas, preocupadas em perceber as razões subjacentes ao facto de as doenças cardiovasculares se terem tornado a segunda causa de morte no país. Foi o primeiro grande estudo prospetivo sobre fatores de risco cardiovascular, com início em 1947 e uma duração de 20 anos. Durante este período os epidemiologistas procuraram compreender as causas das doenças cardiovasculares (DCV), observando esta cidade de 28.000 habitantes, considerada representativa do modo de vida americano (Postel-Vinay, 1996).

vitória da epidemiologia, que provou ser capaz de elucidar as causas de doenças crônicas e traçar o quadro dos “princípios ou início da doença”, sublinhando a importância do fator tempo como um elemento central na epistemologia da hipertensão.

## 2.2. Entre o normal e o patológico

Não há um valor único para pressão arterial normal, mas sim um conjunto de “definições” arbitrárias de normalidade, as quais mudam com o passar do tempo (Postel-Vinay, 1996, p. 134).<sup>12</sup>

É necessário salientar a importância dos conceitos em medicina. Os conceitos determinam toda a nossa atitude para com a doença e, portanto, em grande medida, o destino dos nossos pacientes (Pickering, 1955 citado por *Idem*, p. 135).<sup>13</sup>

A emergência da classificação da hipertensão como uma doença não foi uma questão simples. A história da hipertensão é caracterizada acima de tudo pela complexidade: a hipertensão é uma doença, um fator de risco, uma síndrome? (Postel-Vinay, 1996). Os epidemiologistas consideram-na um fator de risco, os clínicos uma doença, biólogos e geneticistas têm dela uma visão anatômica, existem estudos que a relacionam com “tipos de personalidade”.

A construção da hipertensão arterial como doença é elucidativa daquilo que são os principais passos no caminho de uma medicina moderna: a conceptualização da ideia de risco, a identificação dos sujeitos em situação de risco e a efetividade da necessidade de tratamento. Nas palavras de Postel-Vinay (*Idem*, p. 7), “a afirmação de que os doentes hipertensivos necessitam de serem tratados, constitui um ponto de viragem na evolução da medicina contemporânea”.

---

<sup>12</sup> “There are no single figure for normal arterial pressure, but simply a number of arbitrary “definitions” of normality , which changed as time passed” (Postel-Vinay, 1996, p. 134). Para uma breve contextualização histórica da hipertensão e dos seus processos de mensuração, consultar Booth (1977).

<sup>13</sup> “I need hardly to stress to you the importance of concepts in medicine. These concepts determine our whole attitude towards the management of the disease and thus, in large measure, the fate of our patients” (Pickering, 1955 citado por *Idem*, p. 135).

Inicialmente, o controlo médico da hipertensão dirigia-se a casos clínicos agudos em meio hospitalar, não tendo nada a ver com o conceito de fatores de risco. No seu início, a história do tratamento da hipertensão e da terapia cardiovascular ou renal eram uma e a mesma coisa, nomeadamente o tratamento dos doentes sintomáticos com falência renal ou falência cardíaca que tinham hipertensão arterial e não “doentes em risco” com hipertensão arterial assintomática. À altura, a hipertensão descoberta fortuitamente não era tratada. A dieta sem sal não era usada de forma sistemática para as populações que sofriam de hipertensão, embora fossem reconhecidos os problemas do consumo do sal nesta questão (*Idem*, p. 117).

Médicos e doentes viam a hipertensão como um flagelo social e ansiavam por uma droga efetiva e bem tolerada. No final dos anos 50 não existia ainda uma solução farmacológica efetiva para o problema da hipertensão moderada. Mas a hipertensão estava a adquirir o estatuto de mercado crescente junto da indústria farmacológica e em 1958, com a utilização de diuréticos tiazídicos, com a toma de um comprimido passa a ser possível reduzir os valores da hipertensão arterial.

A importância para a sociedade do uso de drogas no tratamento da hipertensão foi oficialmente reconhecida com a entrega, em 1988, do prémio Nobel da Medicina ao farmacêutico britânico Sir James Black pelo seu trabalho no desenvolvimento do propranolol, fármaco anti-hipertensivo muito importante no tratamento de doenças cardiovasculares.

Com ou sem tratamentos mais ou menos arbitrários, no final do século XIX a relação entre a pressão arterial e a saúde era reconhecida, sendo a pressão arterial entendida como um sistema em que ocorrem variações (Postel-Vinay, 1996). O termo “pressão” é então utilizado para indicar a “força” do sangue sob os vasos, vocabulário diretamente influenciado por uma medicina experimental imbuída de uma visão mecanicista do corpo e dos seus mecanismos e fluídos, e não no sentido de doença. O reconhecimento da realidade física da pressão arterial deu origem aos conceitos de *hyper* e *hipotensão*, descrevendo estes as variações que ocorrem fora dos limites “normais”, de modo similar, aliás, ao que sucede com os níveis de açúcar no sangue.

Mas como definir o que é a pressão arterial “normal”?<sup>14</sup> Tal questão poderia ser banal e ocorre em muitas outras situações. Contudo, a partir do momento em que existe um instrumento de medição da pressão arterial e que essa medição se torna uma rotina diária dos profissionais de saúde, a classificação da pressão como normal, híper ou hipo estabelece uma situação diferenciada para cada pessoa, um diagnóstico, que passa a ser considerada doente em função dos valores registados nessa medição. Mas foi e é difícil definir de modo consensual e inequívoco o que é uma pressão arterial normal e existem numerosas razões para que assim seja (Araujo *et al.*, 1998). Não são apenas as variações fisiológicas na pressão arterial que dificultam tal unanimidade mas também o próprio método de medição, a variação nos vários grupos etários, na relação com a diferença dos estilos de vida das populações e classes sociais e mesmo as diferentes interpretações atribuídas aos valores da pressão consoante as finalidades e agentes da medição (médico de companhia de seguros, cardiologista, médico de família, etc.).

Segundo Postel-Vinay (1996, p. 135), uma definição para pressão arterial normal não pode ser encontrada. Porém, uma vez mensurada, o clínico tem de interpretar o nível da pressão arterial e decidir se a mesma é normal ou patológica. Uma linha entre as duas situações tem de ser traçada. Assim, em 1959, a OMS recomenda que indivíduos com pressão arterial igual ou inferior a 140/90 mmHg sejam considerados “normais”, ou *normotensivos*, e que aqueles que apresentem valores superiores a 160/95 mmHg sejam considerados *hipertensos*. Com o advento de tratamentos efetivos para a hipertensão, o conceito de “pressão arterial normal” gradualmente abriu as portas ao tratamento.

Para lá de todas as argumentações criadas sobre o assunto dos valores normais para a pressão arterial, na medicina a questão do que é normal é sempre mais complexa do que a aplicação de medidas estatísticas porque envolve também a cultura e interpretação de dois sujeitos em presença: o médico e o doente. Para o médico,

---

<sup>14</sup> A discussão da “normalidade” tem uma longa presença na literatura sociológica: desde os pressupostos básicos de Durkheim a respeito das conceituações sobre o tema, as proposições teóricas de outros autores como Foucault (1993) e Canguilhem (1982), Georges Canguilhem, e a sua obra *Le normal et le pathologique*, de 1943, é um autor de referência para a discussão das questões relativas à discussão do que é o normal e o patológico na medicina.

qualquer desvio à norma deve merecer uma intervenção, enquanto para o sujeito sob exame clínico implica ser designado como doente. Na prática diária, a clínica estabelece uma fronteira entre o normal e o patológico. O médico determina o estatuto de saúde da pessoa sob observação, de acordo com os critérios aceites à época e a sua cultura científica e os indivíduos não decidem por si próprios a classificação do seu estado de doença.

Até ao século XIX, a ideia de saúde ou doença dependia da capacidade de cada um em lidar com a sua própria dor ou incapacidade física. A pessoa normal era aquela cujo estado de saúde ou sintomas não interferiam com as tarefas rotineiras diárias. Com a medicina experimental afirma-se a noção de que alguém pode não estar em condições de saúde sem que isso implique experimentar a presença de sintomas. A saúde que, na famosa frase do cirurgião francês René *Leriche*, foi definida como “a progressão da vida no *silêncio dos órgãos*”, deixa de ser assim entendida. Com a medicina experimental, uma pessoa, independentemente da manifestação de sintomas, pode ser considerada não saudável (Armstrong, 1995). Estabelece-se uma ideia não de separação entre saúde e doença mas de continuidade, uma questão de gradação. Tal como sucede, aliás, com a própria alteração dos valores de pressão arterial.

### **2.3. O reconhecimento institucional**

Analogamente ao que aconteceu em relação à emergência e consequente institucionalização da consciência sanitária, que marcou de forma indelével o perfil da moderna saúde pública, também em relação à luta contra a hipertensão arterial podemos verificar que são grupos sociais específicos, nomeadamente os médicos, quem em primeiro lugar irá definir a hipertensão arterial como uma prioridade governativa ao nível da saúde das populações.<sup>15</sup>

Esta lógica de distinção subjacente à doença, assim como a retórica de combate que lhe surge associada, vai sendo gradualmente sedimentada, à medida em que a

---

<sup>15</sup> O mesmo sucedeu com o cancro quer em Portugal quer em França. Sobre este assunto consultar Raposo (2004) e Pinnel (1992), respetivamente.

própria medicina vai assumindo um renovado protagonismo baseado em novas competências que lhe conferem uma autoridade cada vez mais soberana.

Estas considerações poder-nos-iam remeter para a análise do poder das profissões segundo o “paradigma do poder” de Freidson (2001), particularmente ilustrativo na medida em que este autor entende o poder profissional como resultado da autonomia ou controlo na organização do próprio trabalho, só possível com o monopólio do conhecimento e a proteção do mercado.<sup>16</sup>

De facto, perante a dimensão escatológica da cura e da conquista da ciência sobre a própria morte, a medicina torna-se, inquestionavelmente, o único “subuniverso de significação” com legitimidade social para se inteirar de todos os problemas referentes à saúde e à doença, o que significa que os seus profissionais se tornam detentores de um grande poder social que os consagra como *experts* a quem se reconhece autoridade para definirem a melhor maneira de resolver os problemas.

Não desconsiderando a componente fundacional da medicina na sua herança hipocrática (enquanto ciência do indivíduo, em que se privilegia a individualidade da natureza humana e a singularidade e unicidade dos fenómenos, evitando a fixação de uma teoria geral), há uma tendência geral da medicina moderna, que a conduz a uma prática científica altamente técnica e fragmentada num número crescente de

---

<sup>16</sup> Fundamentalmente, o que Freidson destaca na sua análise sobre o poder das profissões, é a importância dos recursos cognitivos, na medida em que só através da afirmação das competências especiais e esotéricas é que determinada ocupação consegue dar substância ao argumento que veicula a ideia da particular qualidade do seu trabalho e dos benefícios que pode potencialmente proporcionar à sociedade. Assim, e uma vez consolidada esta ideia, o resultado óbvio deste processo é a obtenção do direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, o controlo sobre a formação e o acesso, bem como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado. O monopólio do conhecimento (*expertise*) e das credenciais são os principais recursos ou fontes de poder profissional, isto é, criam a base de grande parte dos poderes profissionais (cf. Rodrigues, 1997, p. 51).



especialidades cada vez mais autónomas e desconectadas da perspectiva holista hipocrática.<sup>17</sup>

Tal como observado com outras patologias, nomeadamente o cancro, em que a instituição médica tem o papel de partida na apresentação do problema e de condução das soluções aceitáveis (Raposo, 2004), também a apresentação da hipertensão como problema social pela cardiologia levou, portanto, os poderes públicos a subscreverem semelhante formulação do problema e a consagrá-lo estatalmente, fazendo-o entrar nas prioridades da ação governativa no que concerne às prioridades das políticas de saúde. Assim sucedeu nos países pioneiros a dar atenção a esta doença, como os Estados Unidos, e no nosso país, ainda que muito posteriormente.

Como mostra Remi Lenoir (1998), é por um processo de consagração estatal que determinados problemas da vida particular apenas tematizados são transformados em problemas sociais que exigem soluções coletivas, muitas vezes sob a forma de regulamentações gerais, direitos, equipamentos, transferências económicas. Tais soluções são elaboradas, quase sempre, por “especialistas” benévolos ou profissionais. Uma das fases essenciais da constituição de um problema como problema social é justamente seu reconhecimento como tal pelas instâncias estatais. Foi o que se passou com o reconhecimento institucional da hipertensão arterial como um problema de saúde pública em Portugal.

A luta contra a hipertensão arterial ganha uma facticidade objetiva inegável na medida em que se opera aquilo que Berger e Luckmann (1998) chamam de “objetivação do mundo institucional”. Segundo estes autores, semelhante processo traduz o estabelecimento de padrões previamente definidos de conduta (tipificação) que passam a controlar determinado segmento da atividade humana. Em termos mais precisos, falar da objetividade do mundo institucional significa, segundo os autores

---

<sup>17</sup> Para uma reflexão mais aprofundada desta problemática, remetemos para a consulta de três obras importantes que dão conta destes, e de outros, dilemas ético-filosóficos: Manuel Silvério Marques (1999); Maria Luísa Couto Soares (1999); Karl Jaspers (1998).

Para o aprofundamento da discussão sobre as transformações ocorridas no seio do campo da medicina a partir do século XIX, remetemos para a consulta de uma das obras de Michel Foucault (1994), *O Nascimento da Clínica*, especialmente consagrada a esta problemática.

referidos, que “experimentam-se as instituições como se possuíssem realidade própria, realidade com a qual os indivíduos se defrontam na condição de facto exterior e coercitivo” (*Idem*, p. 84), ou seja, as instituições objetivadas afiguram-se e são vistas como dadas, inalteráveis e evidentes; o mundo institucional é, assim, experimentado como realidade objetiva. No empreendimento da luta contra a hipertensão arterial é, então, “natural” que tudo o que diga respeito a esta doença passe invariavelmente, de uma maneira ou de outra, pela medicina e, em particular, pela medicina cardiovascular.

Para compreendermos, de maneira mais ampla, a consolidação da luta contra as doenças cardiovasculares, e a hipertensão arterial, em Portugal, torna-se necessário não só apreender a forma como esta emerge e se institucionaliza, mas, fundamentalmente, tornar inteligível a forma como esta se legitima, ou seja, o modo como se torna efetivamente objetiva para os indivíduos a ordem institucionalizada. Ancorando a análise nas reflexões de Berger e Luckmann (1998), e nos modelos do neo-institucionalismo, de recorte construtivista, tal significa que a ordem institucional torna necessária a existência de fórmulas legitimadoras que garantam e reforcem a sua objetividade, assim como o desenvolvimento de mecanismos específicos de controlo social que evitem as tentações individuais de redefinição. A função da legitimação consiste em tornar objetivamente acessível e subjetivamente plausível as objetivações de «primeira ordem», que foram institucionalizadas.

Estas considerações são importantes na medida em que nos permitem interpretar de que modo um conhecimento socialmente objetivado se assume como um corpo de verdades válidas sobre a realidade. É importante compreender que a legitimação tem um elemento cognoscitivo assim como um elemento normativo. Em outras palavras, a legitimação é tanto uma questão de conhecimentos como de valores.

A definição institucional da hipertensão como flagelo social é perentória e exorta a uma mobilização generalizada para a prevenção e profilaxia, como veremos em excertos de declarações oficiais à frente. Enquanto construtores desta realidade social particular, foi aos médicos que coube o papel de definir os contornos do

problema hipertensão, mas também de se assumirem como parte incontornável da solução.

No caso da hipertensão, mais uma vez tal como no cancro, parte substancial dessa autoridade é canalizada para a tarefa de educação do público, na medida em que os horizontes de sucesso proclamados pela estratégia de luta só são perspetivados mediante a cooperação ativa da população profana.

A importância dada à prevenção da doença e as características assintomáticas da hipertensão implicam, na perspetiva médica, uma vigilância cuidada do corpo de forma a interpretar os sinais em tempo útil, uma adoção de hábitos alimentares saudáveis e de prática de desporto. A educação e convencimento do público tornam-se, portanto, essenciais.

Sob este ponto de vista, o doente adquire, assim, um novo estatuto na sua relação com a medicina. Transmuta-se virtualmente num “*Homo Medicus*” tal como o considera Patrice Pinell (1992). Resultado de uma propaganda educativa metódica e incisiva, com a insistência dos ensinamentos referentes à prevenção da hipertensão arterial e do acidente vascular cerebral e à interpretação dos seus sinais, este “*Homo Medicus*” consegue cristalizar um conjunto de ideias que implicam uma abordagem específica sobre o seu próprio corpo, isto é, convida-se o doente e o doente potencial a adotar um ponto de vista objetivante sobre o seu próprio corpo. Neste sentido, enquanto “auxiliar médico”, o doente deve ser vigilante e sentinela do seu corpo, ou seja, deve saber interpretar o seu corpo como objeto clínico, pois esse é, em última instância, o resultado da sua metamorfose (como referido em Raposo, 2004).

Com efeito, neste processo de “formação” do doente, presume-se que ele se torne colaborante e, acima de tudo, um cumpridor zeloso das indicações médicas, que, sob este ponto de vista, adquirem uma autoridade praticamente irrefutável. O não cumprimento destes elementares “deveres” por parte do doente, torna-se, deste modo, um efetivo pretexto de condenação moral da sua conduta, responsabilizando-o, em última análise, pela sua própria doença, que passa a ser vista como resultado de desmazelo e laxismo, isto é, como resultado de condutas refratárias às indicações e ensinamentos médicos.

## 2.4. A estratégia de luta em Portugal

A história da “Hipertensão arterial em Portugal”<sup>18</sup> mostra que, até meados dos anos 60, prevalecia a noção de que cada indivíduo tinha a pressão ou tensão arterial que naturalmente precisasse para uma boa irrigação dos órgãos. A pletora sanguínea era um bom sinal de saúde, daí o paradigma "quanto mais alta melhor" (Ranchhod, sd). Esta abordagem alterar-se-á e em 1970 é criada a primeira consulta especializada de hipertensão arterial e um Núcleo de Estudos de Hipertensão Arterial, no Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa.

Em 1983, a DGS apresenta um programa de controlo da hipertensão sob o título “Hipertensão arterial e cuidados de saúde primários”. A 6 de Agosto de 1987, o Governo Português e a OMS assinaram um plano de cooperação para desenvolver e aplicar em Portugal – O “Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme” (CINDI). Este acordo surgiu em sequência de duas reuniões internacionais preparadas pelo Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva e pelo escritório regional europeu da OMS.

Mas é apenas no século XXI que a hipertensão surge como uma prioridade nos discursos e políticas de saúde, sendo a própria criação da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), fundada em 24 de Junho de 2004 na Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), um marco institucional importante na consideração do problema hipertensão como um “flagelo” da sociedade portuguesa. Em 2006, há uma dinamização associativa dos doentes com a constituição da Associação dos Hipertensos de Portugal.

Em termos de medidas políticas de saúde, em 2003, no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (PNPCDCV)<sup>19</sup>, há indicações específicas no sentido da criação de uma consulta específica de hipertensão

---

<sup>18</sup> A exposição “Hipertensão arterial em Portugal – uma exposição do Museu da Saúde” integrou as comemorações do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), em 2013, do Dia Mundial da Saúde, o qual, nesse ano, foi dedicado a esta doença.

<sup>19</sup> Aprovado por Despacho do Ministro da Saúde número 16415/2003, (Diário da República, Agosto 22).

arterial nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).<sup>20</sup> A consulta de hipertensão arterial surge de um conjunto de programas e ações de prevenção das doenças cardíacas sob responsabilidade das Unidades de Cuidados Primários (UCSP) e a cargo dos clínicos de medicina familiar e equipa de enfermagem que, remetendo para o Programa indicado acima, só em 2006 se vem a assumir como prioridade pelo Ministério da Saúde (DGS, 2006).

Nesta leitura mais atualizada do PNPCDCV, o Ministério da Saúde assume como prioridade a luta contra a hipertensão. Escreve-se no documento:

O sofrimento e os custos causados pelas doenças cardiovasculares, deram-lhes uma marcada preponderância, de tal forma que estas doenças se podem considerar, hoje, como verdadeiras doenças sociais: doenças com génese e com repercussão social.

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária (DC), com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e diretas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que urge minorar. Por este facto, a abordagem destas doenças justifica uma atuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, através de um Programa Nacional que tente não apenas evitar estas doenças e reduzir as incapacidades por elas causadas como prolongar a vida. (...)

O reconhecimento das doenças cardiovasculares como a principal causa de morte no País e o seu lugar cimeiro entre os internamentos hospitalares, confirma a hipótese de que a prevalência da HTA é elevada e o seu controlo é insuficiente. (DGS, 2006)

Partindo do exposto, o Ministério assume ter de desenvolver uma “estratégia populacional” de luta contra a hipertensão arterial:

A elevada prevalência nacional dos fatores de risco das doenças cardiovasculares obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efetiva

---

<sup>20</sup> Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial (DGS, 2006)

prevenção, deteção e correção, tendo em atenção que o conceito subjacente a este termo aglutina não apenas as ações que evitam a perda da saúde mas, também, todos os cuidados que promovem a sua recuperação. Obriga, ainda, à adoção de medidas integradas e complementares que potenciem, na população portuguesa, a redução dos riscos de contrair estas doenças, a concretização do seu rápido e adequado tratamento e a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua recorrência. (*Ibidem*)

Sendo apontados os “responsáveis” sob os quais há que agir:

O desenvolvimento das ciências da saúde veio demonstrar que a morte ocorrida em idades precoces, no mundo ocidental, não se deve a uma fatalidade do destino mas a doenças causadas, ou agravadas, pela imprevidência, ou pela ignorância, das causas reais que a elas conduzem.

Portugal é, ainda, o País da União Europeia com mais elevada taxa de mortalidade por AVC, favorecida pela alta prevalência da HTA, insuficientemente diagnosticada e tratada, pelo desvirtuamento da nossa tradicional dieta mediterrânica e pelo tabagismo não controlado em homens e mulheres de meia idade e em aumento nas jovens. Acresce a tendência de aumento do abuso de álcool e da ingestão de calorias alimentares, que agravam o excesso de peso, favorecendo, cada vez mais, a obesidade e a diabetes tipo 2, os quais, por sua vez, contribuem para o aumento da morbilidade cardiovascular e mortalidade precoce.

O somatório de comportamentos de risco é agravado pela falta de atividade física diária, ligada ao uso exagerado de transportes e de longos períodos em frente da televisão, que tornam o sedentarismo mais um fator de risco cardiovascular. (DGS, 2006)

E é também constatado o grande problema da mudança de hábitos, que obstaculiza a “estratégia populacional” de luta contra a hipertensão.

Apesar de, hoje em dia, grande parte da população ter memorizado a necessidade de introduzir alterações nos seus comportamentos de risco, continua a recusar fazer correções alimentares, como reduzir o sal, as gorduras e as calorias. Continua, de facto, a recusar deixar de fumar ou reduzir o álcool, a não controlar os níveis de colesterol e de açúcar no sangue e continua a não se submeter a exames periódicos de saúde, os quais são mandatórios,

principalmente quando existe risco genético ou confirmação de história familiar de doença cardiovascular ou de morte precoce. (*Ibidem*)

Sente-se, neste documento, uma leitura fortemente moral e moralizadora dos comportamentos dos portugueses aqui apontados.<sup>21</sup> Perante isto, preconiza-se uma missão para os serviços de saúde e seus profissionais e não só, que não pode deixar de passar por uma educação das massas e uma estratégia de promoção de saúde assente na responsabilidade individual com práticas de higiene de vida, fazendo lembrar as antigas lições de *higiene de vida*.

Cabe, assim, não apenas aos serviços de saúde, sejam centros de saúde ou hospitais, mas, por ser um imperativo de natureza ética, a todos os agentes informativos e educativos da população, esclarecê-la da forma como pode cada pessoa escolher, adaptar e assumir, as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do seu próprio estilo de vida.

Todos gostaríamos, em boa verdade, de saber evitar a doença. Todavia, temos que aprender a lutar para vivermos com mais saúde, mais bem-estar e melhor qualidade de vida, até ao fim. Daí decorre uma das necessidades que justifica o presente Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, (...) numa expressão mais pura de prevenção primordial ou primária, abrangente e integrada, multidisciplinar e intersectorial, a prevenção cardiovascular deve ser antecededida por uma mobilização geral da sociedade, expressa nas diversas políticas sectoriais, para uma luta pela promoção e preservação da saúde.

Esta luta deve tentar evitar, em simultâneo, a maioria dos fatores de risco (...) Através de uma sensibilização permanente para a adoção de estilos de vida mais saudáveis e para a prevenção primordial dos fatores, atitudes e comportamentos de risco cardiovascular, como, por exemplo, os erros alimentares, o uso de tabaco, abuso de álcool e o stress, (...) consegue-se, através da aplicação de uma “estratégia populacional”, preservar a saúde,

---

<sup>21</sup> Nas nossas entrevistas, não surpreende que alguns dos hipertensos também se revejam a si mesmo e a outros (diabéticos, obesos) como “infratores”, sobretudo por não cumprirem com os bons princípios da dieta alimentar.

reduzindo a incidência não apenas das doenças cardiovasculares, como de muitas outras doenças crónicas.

A estratégia populacional compreende um conjunto de medidas destinadas à população em geral, ou a grupos sociais específicos, tendo como objetivo não apenas diminuir a prevalência de determinados fatores de risco mas aumentar a prevalência de fatores de proteção. (...) (DGS, 2006)

A consulta específica de HTA em Cuidados de Saúde Primários surge assim no âmbito de uma estratégia de intervenção para um grupo específico, considerado de risco, as pessoas com hipertensão crónica.

Em termos epidemiológicos, é indiscutível a importância das doenças cardiovasculares como a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal (DGS, 2013a; WHO, 2009; WHO, 2013a).

De acordo com o relatório, de 2013, da DGS, *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números* (DGS, 2013b), nas últimas duas décadas tem ocorrido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade destas doenças, fenómeno que, segundo a DGS, deve ser atribuído a uma conjugação de vários fatores nomeadamente a progressiva adoção de medidas e estratégias preventivas, como a Lei de Cessação Tabágica (Lei n  37, 2007), a iniciativa legislativa de redução do conteúdo de sal no pão (Lei n  75, 2009), ou as frequentes campanhas, promovidas por sociedades científicas e outras organizações, visando a adoção hábitos de vida saudáveis; ao facto de ainda na vertente preventiva, se ter verificado uma substancial melhoria no diagnóstico e correção dos fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial ou a dislipidémia; e pelos avanços significativos no tratamento das duas situações clínicas associadas a maior mortalidade: o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o AVC.

O mesmo relatório, no que respeita aos consumos farmacológico e vendas de medicamentos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), por número de embalagens, em Portugal Continental (2007-2011), mostra como no subgrupo selecionado dos grupos fármaco-terapêuticos do aparelho cardiovascular e sangue, “  manifesta a evolução diferenciada dos subgrupos terapêuticos considerados, com um mantido crescimento da utilização dos fármacos antihipertensores,” (DGS, 2013b), os fármacos mais



vendidos no País, o que, segundo o documento, reflete essencialmente uma expansão do número de doentes tratados. Na verdade, quase metade dos portugueses sofre de hipertensão, tendo o número de hipertensos controlados quadruplicado numa década (Campos, 2013a, Campos, 2013b)

Segundo o *PHYSA-Portuguese Hypertension and Salt Study* (Polónia, 2014), a prevalência da hipertensão mantém-se praticamente ao mesmo nível do último estudo feito em 2003 (42,1%). Mas os resultados desta investigação, indicam que a percentagem de doentes em tratamento (medicados) passou de 38,9% para 74,9%, e, no ano de 2012, 42,6% tinham a doença controlada (casos em que a medicação é eficaz), quatro vezes mais do que há dez anos (Macedo *et al.*, 2007). Estes números relativos ao tratamento da hipertensão em Portugal revelam uma clara farmacologização do problema.<sup>22</sup>

Este fenómeno de farmacologização da doença não será apenas sentido entre nós. Postel-Vinay (1996, p. 161 e ss.) chama a atenção para este aspeto na história da gestão da hipertensão. Segundo o autor, sabemos que o nível geral de consciencialização aumentou durante o tempo e que um maior número de doentes hipertensivos são agora tratados, mas não há dúvida que pode haver aspetos negativos nestas campanhas que provavelmente aumentaram o número de tratamentos injustificados. Postel-Vinay (*Ibidem*) sugere mesmo que seria interessante realizar uma análise elucidativa do modo como estas campanhas foram organizadas e financiadas (com fundos públicos ou privados) e verificar qual a relação que tiveram com os *media* e indústria farmacêutica: um estudo sócio-histórico à semelhança do realizado sobre as campanhas anti-cancer em França, por Patrice Pinell.

A medicina hoje está profundamente preocupada com aspetos económicos que têm repercussões sociais e políticas importantes. A intrusão de fatores socioeconómicos na prática medica afeta todas as áreas da medicina, não sendo uma questão confinada à hipertensão. Mas se tomarmos em consideração o facto de mais

---

<sup>22</sup> De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006, a doença crónica mais frequente é a tensão arterial alta, tendo sido referida por perto de 20% dos residentes em Portugal (19,8%). Os medicamentos mais receitados e tomados pelos portugueses visavam, principalmente, a tensão arterial elevada quer para homens quer para mulheres (INE, 2009).

de metade da população idosa deter níveis de pressão arterial acima da norma aceite, de que as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e morbilidade no mundo ocidental e que a medicina cardiovascular detém a posição mais elevada entre as prioridades da indústria farmacêutica, é claro que o impacto dos fatores socioeconómicos sob a hipertensão é considerável (Postel-Vinay, 1996, p. 161).

O tratamento, gestão da hipertensão inclui recomendações relativamente ao estilo de vida e dieta, visitas ao médico, por vezes hospitalização, testes laboratoriais, radiológicos e outros, outras técnicas de imagem, culminando tudo com muita frequência na prescrição de uma droga. No início do século XX, quando a manufatura de fármacos se torna um processo industrial, a indústria farmacêutica cedo se apercebeu que as doenças cardiovasculares representavam um mercado substancial.

Sendo os fármacos um bem indispensável para o controlo da doença e qualidade de vida dos doentes hipertensos, estaremos talvez aqui perante o que Ivan Illich (1975) considerou, na sua célebre obra *Medical Nemesis*, um dano ou perigo para a nossa própria saúde considerando a medicação excessiva (ou mesmo desnecessária) e concomitantes efeitos secundários e gastos monetários que daí advêm, acrescentando o facto de que, crendo na leitura dos discursos dos hipertensos por nós entrevistados, a toma dos comprimidos é vista como “solucionando” o problema e securizando, assim, o risco e eliminando incómodos ou sintomas, pode levar a menosprezar verdadeiras mudanças nos estilos de vida (Santiago & Cardoso, 2008). Ou seja, a que não sejam verdadeiramente alterados os fatores de risco (excesso de consumo alimentar, sedentarismo) desta doença, que é ela própria fator de risco de outras.

## **2.5. A hipertensão arterial como fator de risco**

Num primeiro momento, até à terceira década do século XX, as companhias de seguros de vida eram as únicas a ter interesse numa epidemiologia da hipertensão (Postel-Vinay, 1996). Como é que a situação de a pessoa ter hipertensão passa a assumir-se como um fator de risco?

Desde a apresentação dos resultados do estudo de Framingham, em 1947, cujo objetivo era identificar os maiores fatores de risco de doença cardiovascular, a relação

desta patologia com os fatores hereditários, estilos de vida, nível de lípidos, açúcar no sangue, pressão arterial está bem documentada. Neste estudo não foi considerado o tabaco entre os fatores de risco de doença cardiovascular, o que, à época, e dada a importância da poderosa indústria tabaqueira norte-americana, pode não ser surpreendente. Entre os fatores relacionados com o estilo de vida um dedo acusador foi apontado à ingestão excessiva de calorias, gorduras e sal e ao sedentarismo. O consumo de café foi praticamente absorto e o consumo de álcool considerado não prejudicial se consumido moderadamente (Postel-Vinay, 1996, p. 57)

Partindo do estudo de Framingham, atrás referido, foi traçado o *perfil típico* da potencial vítima de doença cardiovascular: o *candidato* seria uma pessoa hostil, apressada, de comportamento competitivo (o chamado tipo A) (*Ibidem*). O questionário de Framingham não deixou nada tido como importante por considerar. Mostrou, por exemplo, como os homens casados com mulheres com níveis de educação superior a trabalharem fora de casa estariam num nível de risco superior. O mesmo estudo foi o primeiro a encorajar o controlo dos fatores de risco e incitou os clínicos a combater-los. A epidemiologia liderou na luta pela modificação dos fatores de risco e tratamento pela terapia farmacológica (Postel-Vinay, 1996).

Outro contributo do estudo de Framingham foi a validação do conceito de doença multifatorial. Os trabalhos de Pasteur, no século XIX, haviam confinado a investigação médica sobre as causas das doenças (infecciosas) à busca do microrganismo responsável (postulados de Koch). Com o conceito de doença multifatorial, para além de se sublinhar a complexidade dos fatores desencadeadores de doença, faz-se notar a interligação às condições de vida e comportamentos dos sujeitos.

A hipertensão revela também a importância que vai ser dada ao processo de identificação de pré-doença, surgindo uma nova categoria de pacientes cujo estatuto de risco contribui para uma nova fonte de identidade social, criada pelo estatuto de risco e não pela doença (Novas & Rose, 2000).

A descoberta e a classificação conduzem à nomeação ou classificação inseridas no processo social de aplicação de categorias a indivíduos ou grupos (Adams, Pill & Jones, 1997). A categoria de risco foi amplamente alargada pela capacidade técnico-

científica da medicina levando a que novas categorias de pré doença, potencialmente tratável ou controlável, emergem.<sup>23</sup> Dispondo de tais capacidades, a medicina alargou o seu campo à vigilância e monitorização da doença ou dos seus sinais precoces, desenvolvendo-se o que David Armstrong (1995) designou de “medicina de vigilância”. A medicina encarrega-se assim tanto da patologia como da vigilância. As técnicas de promoção da saúde reconhecem já não existir um sentido binário de saúde, ou uma relação binária entre saúde e doença, podemos tornar mais saudáveis e saúde pode coexistir com doença. Parece não haver nada de incongruente, por exemplo, em se ter cancro e, contudo, ser essencialmente saudável (Armstrong, 1995).

A relação com sintomas, sinais e doença é reconfigurada. Na medicina atual de vigilância, o conceito de fatores preditivos conjuga sinais, sintomas e mesmo doenças em categorias de “fatores preditivos” ou “fatores de risco”, fatores que apontam para uma doença futura. Esta contingência inerente é abarcada pela adoção médica do conceito essencial de risco. Já não é apenas o sintoma ou sinal que prova a verdade de uma doença mas o fator de risco que abre um potencial de doença futura. De igual modo, a doença, já na sua forma de dano ou lesão, surge como o ponto terminal ou consequência de um conjunto de inferências clínicas e torna-se, à posteriori, ela mesma, mais um fator de risco de outras doenças. Sintomas, sinais, investigação de sinais, doenças, confluem numa cadeia de riscos. Dores de cabeça podem ser sinal de hipertensão que, por sua vez, constitui um fator de risco de acidente vascular cerebral.

Porém, enquanto sinais e sintomas estão localizados no corpo, o conceito de fatores de risco engloba qualquer estado (comportamentos, consumos, situações económicas e sociais) a partir do qual se possa fazer um cálculo probabilístico de ocorrência de doença. Isto significa que a medicina de vigilância deverá abarcar um espaço extracorporal bem mais vasto, geralmente designado por estilos de vida, para a identificação de precursores de futuras doenças. A falta de exercício e obesidade serão relacionados com hipertensão arterial, colesterol e diabetes que, por sua vez, são fatores de risco de doenças cardiovasculares, por exemplo.

---

<sup>23</sup> Por exemplo do diagnóstico de osteoporose e cálculo do risco de fratura (Salter *et al.*, 2011).

Estas questões e práticas médicas trouxeram a temporalidade para o cerne da preocupação com as doenças. As doenças têm causas antecedentes e resultantes ou posteriores. A leitura e ação do e no presente assentam nesta temporalidade. A doença não é entendida num modelo estático mas num contexto temporal mais alargado. Esta análise é bem evidente na temática do desenvolvimento, muito presente na área da pediatria mas também nos problemas do envelhecimento, por exemplo com o conceito de “envelhecimento ativo”. Estas preocupações com o desenvolvimento são identificadas, desde meados do século XX, na categoria de *doença crónica* como um dos maiores problemas médicos e sociais (Jones, Podolsky & Greene, 2012).

A perspetiva de problemas de saúde vindouros abre caminho a cuidados antecipatórios, pretendendo influenciar o futuro através de mudanças de hábitos de saúde e atitudes no presente. A subdivisão da prevenção em prevenção primária, secundária e terciária sumariza os pontos em que a medicina intervém no grande novo ciclo da doença. A doença tornou-se um *continuum* (Armstrong, 1995, p. 400).

Ao identificar nos sujeitos determinados riscos de saúde, particularizam-se neles leituras sobre os seus comportamentos passados, presentes e futuros (Lupton, 1993). Designar um grupo de risco, é também denunciá-lo, responsabilizá-lo, acusá-lo de um desvio, uma falta.<sup>24</sup> Assim, podemos condenar legitimamente as condutas de risco, pois o seu custo é socializado, porque suportado pela sociedade. Como exemplo disto podemos enunciar o caso das campanhas antitabágicas, generalizadas na década de 80, em que o papel do Estado como protetor e promotor da saúde dos cidadãos passou a assentar no governo das condutas humanas em matéria de saúde (Xavier, 2011).

Os fumadores são vistos como uma categoria de risco para ao cancro, doenças respiratórias, entre outras (Schairera & Schöniger, 2001; Schrek *et al.*, 1950). Fumar tornou-se um ato repreensível não apenas porque prejudica o próprio mas também os outros, seja diretamente (como é o caso dos fumadores passivos) seja indiretamente (pelos custos de saúde associados) (Shaham, Ribak & Green, 1992). As medidas

---

<sup>24</sup> Para uma sociologia do risco e sobre o risco como etiquetagem consultar Patrick Peretti-Watel (2003).

estatísticas dos riscos sanitários associados ao tabagismo acompanham-se de uma estigmatização crescente dos fumadores que passam a ser vistos como “transgressores” (Fieldman & Bayer, 2004). Por outro lado, este comportamento constitui uma infração a uma recomendação dos *experts* da saúde pública, torna-se um “ato desviante”.<sup>25</sup> A etiquetagem apoia-se cada vez mais na noção de risco. Os estudos epidemiológicos ilustram esta relação frequente entre risco e desviância (Williams & Calnan, 1996). A constituição de categorias de risco, estabelecidas por homogeneização e diferenciação parece ser um aspeto importante na sua “gestão” (Heyman, Alaszewski & Brown, 2012).

A identificação de grupos de risco, a ligação estabelecida de muitas patologias aos chamados estilos de vida e, no caso das doenças cardiovasculares, a importância dos fatores de risco ligados aos consumos alimentares, faz com que os comportamentos das pessoas em geral e dos doentes de risco em particular se tornem uma preocupação nos discursos da saúde (Davison, Smith & Frankel, 1991; Lupton & Chapman, 1995).

### **3. Os comportamentos na vida quotidiana**

A ideia de risco permeia hoje os discursos e as políticas de saúde pública, constituindo-se como um elemento dominante das sociedades modernas. Na ideologia neoliberal os indivíduos são conceptualizados como agentes racionais que deverão tomar a responsabilidade de se proteger a si mesmos dos riscos, ao invés de contarem com o “grande grupo” (classe ou Estado) para isso. A promoção da saúde, ou o que Alan Petersen (1997) designa de “nova saúde pública”, assume um discurso sobre os riscos de saúde que assenta na interiorização dos riscos, na consciência dos indivíduos, um trabalho de consciencialização, encorajando-os a serem ativos na boa manutenção dos seus corpos e da sua saúde. Fazer as escolhas certas, ter os comportamentos adequados, é essencial para que os sujeitos se mantenham saudáveis, construam a sua

---

<sup>25</sup> Sobre o risco como processo de etiquetagem social e a pertinência da equivalência com a teoria da etiquetagem de Howard Becker, consultar Patrick Peretti-Watel (2003).

própria saúde e “normalidade”, distinguindo e afastando-se dos riscos (Gabe, 2004b). Os riscos de saúde ficam assim grandemente remetidos para os quotidianos, para os comportamentos e escolhas que os atores fazem nas suas rotinas quotidianas, com a correspondente responsabilização individual (Sachs, 1996).

### **3.1. A abordagem interacionista**

Enquanto a medicina olha o corpo físico, a abordagem sociológica visa a compreensão dos comportamentos e das interações. Pensar sociologicamente significa entender melhor as pessoas (Bauman & May, 2001: 11) e se os nossos corpos são algo que nos é inerente, que temos, que recebemos, precisamos compreender de que forma o modo como vivemos em sociedade faz diferença naquilo que fazemos, como nos pensamos e o que acontece como resultado disso. Como com todo o resto acerca de nós, a circunstância de vivermos numa sociedade tem enorme impacto na forma como pensamos e agimos com o corpo, suas “maleitas” e dores, aos medos, ao modo como reagimos face à presença e nomeação da doença.

Os objetos de orientação não se apresentam neutros para o ator social, mas ricos em significados. A teoria da estruturação de Giddens (2003) e da prática social de Bourdieu (2003), estão entre as abordagens sociológicas contemporâneas que reformulando a dualidade entre estrutura e agência, valorizam os agentes sociais como portadores de capacidade de conhecimento tanto para a execução como para a avaliação das suas ações.<sup>26</sup> As pessoas possuem e utilizam recursos interpretativos próprios, ainda que a partir de matéria e esquemas partilhados com outros, acumulam experiências práticas de resolução de problemas e de uma forma pragmática agem perante as situações específicas que se lhes colocam.

Giddens (2000a e 2003) sugere que a análise social deve ser sensível tanto às habilidades que os atores possuem como à sua capacidade de interpretação. Para o sociólogo, as teorias nas ciências sociais devem estar baseadas em ideias que já estão de algum modo sustentadas pelos agentes aos quais fazem referência. Para o autor, a

---

<sup>26</sup> Para uma apresentação breve desta teoria consultar Rui Pena Pires (1988).

sociologia deve partir do princípio do carácter ativo e reflexivo da conduta humana, ou seja, de que os atores sabem de algum modo as razões porque atuam e como atuam. Essa sabedoria dos atores está largamente contida no que Giddens denomina “consciência prática” (Giddens, 2003).<sup>27</sup>

Partilhando este entendimento sobre os atores e tendo em vista uma apreensão das ações e interpretações que as pessoas têm nas suas vidas de todos os dias, o trabalho aqui levado a cabo pode ser enquadrado teoricamente e, apenas se pretendermos situá-la de forma mais fina, no quadro das teorias genericamente chamadas “abordagens interpretativas” (Joas & Knöbl, 2010, p. 123), nomeadamente o interacionismo simbólico.<sup>28</sup>

O interacionismo simbólico trouxe à sociologia uma ideia diferente de ação daquela que constituía a do pensamento sociológico dominante, da obra de Talcott Parsons (1951). Contrariamente a este, focado nas normas e estruturas sociais, para os interacionistas, as normas, as regras de conduta e valores não existem fora do ator, como entendia Parsons, mas devem ser interpretadas na situação concreta da ação e do ator, valorizando-se a capacidade de ação individual e a importância das inter-relações em contextos específicos (Joas & Knöbl, 2010, p. 123).

A preocupação pela compreensão das situações concretas e o entendimento de que a aplicação das normas e dos valores é sempre um processo complexo e nunca inteiramente consistente, levou a que os interacionistas privilegiassem a tradição de pesquisa etnográfica e as metodologias qualitativas, pela necessidade de examinar e

---

<sup>27</sup> A “consciência prática”, conceito advindo da fenomenologia e da etnometodologia, refere-se ao conhecimento tácito ou implícito dos atores em relação às suas ações e que vão desenvolver no decorrer das suas condutas quotidianas, sem que sejam capazes de formular esse conhecimento discursivamente. Giddens (2003) distingue esta “consciência prática” da “consciência discursiva” e do inconsciente.

<sup>28</sup> As abordagens interpretativas integram duas teorias diferentes o interacionismo simbólico e a etnometodologia. Sendo abordagens da filosofia moderna, a etnometodologia segue na tradição da fenomenologia Husserliana, enquanto o interacionismo simbólico deriva do pensamento pragmático – corrente filosófica associada com a recente sociologia americana (George Herbert Mead, William Isaac Thomas, Robert Park) – na continuação da Escola de Chicago. Foi Herbert Blumer (1900-87), aluno de Mead, que cunhou o termo “interacionismo simbólico” em 1938. O conceito de interação aqui empregue é, de facto uma tradução do termo usado por Simmel (*wechselwirkung*), referindo-se à forma como cada ação levada a cabo pelos vários sujeitos estão interligadas. O termo *simbólico*, sugere que os interacionistas vêem as inter-relações como “mediadas” simbolicamente (Jürgen Habermas), uma vez que dependem de sistemas simbólicos como palavras ou gestos (Joas & Knöbl, 2010).



de interpretar as ações dos indivíduos tendo em consideração o ambiente e o lugar concreto em que ocorrem as suas ações.<sup>29</sup> Esta tradição teórica concebe o ator como um ser ativo, confrontando e resolvendo problemas. Ao invés de um ator passivo, desprovido de ação, impulsionado a agir apenas se surgir um certo estímulo ou por mera reprodução de disposições incorporadas no processo de socialização.

Preocupamo-nos, através da compreensão das narrativas dos doentes hipertensos, conseguir um entendimento dos comportamentos ou ação dos indivíduos, remetendo sempre para a ideia de ação criativa, no sentido explorado por Hans Joas (2005). Não podemos descurar a tradição filosófica do pragmatismo americano, de John Dewey e Georg Herbert Mead, que é em si mesmo a filosofia da ação onde ação e pensamento estão profundamente interligados nas situações concretas às quais as pessoas têm de dar resposta (Dewey, 1958; Haskins & Seiple, 1999). Do ponto de vista dos pragmatistas, o trabalho da consciencialização (*consciousness*) é feito quando nos encontramos face a um problema numa dada situação, ou seja, coloca-se face aos problemas. Este é precisamente o ponto em que o pensamento ocorre. São as situações problema que despertam o ator para novos objetos e aspetos da realidade, aqueles que então tentará ordenar e compreender (Joas & Knöbl, 2010, p. 127). Apenas quando o “quase-natural” decorrer das ações quotidianas é interrompido por um problema, é que as componentes de uma situação, anteriormente tidas por garantidas, são reanalisadas. Face a um problema ou questão específica, se é encontrada uma solução a mesma pode ser “armazenada” pelo ator e recuperada ou resgatada em situações similares no futuro.

Numa perspetiva filosófica pragmática, mergulhamos nas nossas experiências com as crenças que herdamos e também com as por nós produzidas. Elas vão determinar o que percebemos; o que percebemos determina o que fazemos; e o que fazemos determina o que experimentamos. Há um fluxo contínuo, dinâmico e aberto à ação do sujeito, no qual adicionamos novas experiências, novas informações à nossa

---

<sup>29</sup> Este privilegiar do conhecimento direto dos espaços onde ocorrem as interações, da obtenção qualitativa da informação junto dos indivíduos, estava já bem presente nos inúmeros trabalhos levados a cabo pela Escola de Chicago, nomeadamente junto dos bairros e sobre os mundos das subculturas urbanas.

ação, e avaliamos se estas adições são dignas ou não. Dewey (1958) argumenta que o conhecimento deriva de uma realidade complexa, marcada por conexões entre coisas e entre o sujeito e as coisas.

Herbert Blumer definiu “interacionismo simbólico” por referência a três premissas básicas que podemos apresentar do seguinte modo: a primeira premissa estabelece que os seres humanos agem sobre as coisas com base nos significados que estas têm para si. A segunda premissa consiste no facto de que os significados de tais coisas derivam, ou têm origem fora delas mesmas, ou seja, na interação social que os indivíduos têm entre si. A terceira premissa diz-nos que esses significados são manuseados e modificados através de um processo interpretativo utilizado pela pessoa aquando das situações concretas em que tem de lidar com eles.<sup>30</sup>

As premissas blumerianas deram origem a um vasto número de consequências teóricas de grande alcance, que produziram um tipo completamente diferente de teoria comparativamente à teoria de Talcott Parsons (1951). Como salientam Hans Joas e Wolfgang Knöbl (2010), estas três premissas ou assunções antropológicas sobre a natureza da capacidade humana para agir e a natureza da comunicação humana são bastante simples. Segundo estes autores, elas podem ser aceites facilmente por qualquer teoria, inclusive de cariz estrutural-funcionalista como a de Parsons. Estas premissas servem de base e inspiração a este trabalho de questionamento que levamos a cabo sobre o processo de interpretação da hipertensão pelos doentes em vigilância médica e sobre o modo como a construção desses significados moldam as suas condutas.

Olhemos com maior atenção, para cada uma das afirmações contidas na citação de Blumer. A primeira constatação assenta no facto de que os sujeitos se relacionam com os objetos com base nos sentidos que lhes atribuem. Os sentidos não

---

<sup>30</sup> Herbert Blumer, apresentou as suas premissas na sua famosa coleção de ensaios, de 1969, *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*: “The first premise is that human beings act toward things on the basis of the meanings that the things have for them.... The second premise is that the meanings of such things is derived from, or arise out of, the social interaction that one has with one’s fellows. The third premise is that these meanings are handled in, and modified through, an interpretative process used by the persons in dealing with the things he encounters.” (Blumer citado por Joas & Knöbl, 2010, p. 131).

estão totalmente definidos à partida mas são interpretados pelos atores. O significado é-lhes atribuído pelo ator. Sendo assim, mesmo recebendo da interação com o seu médico, um sentido específico do que é a hipertensão, cada consulente construirá a sua interpretação sobre a doença, *a sua* doença. A doença nunca é *apenas* a doença, no sentido médico do termo. Pelo contrário, para os doentes, a doença no que para si significa, é colocada num contexto específico da sua vida, a par com outros objetos, ações e sentidos. Para o médico, a tensão arterial pode ser um objeto específico de estudo e que pode e deve ser analisado de uma maneira emocionalmente neutra. Para o doente, porém, pode ter um significado emocional, social e mesmo económico muito forte.

Assim, os objetos não determinam ou desencadeiam a ação humana. Pelo contrário, eles ganham o seu significado dos seres humanos porque são localizados, registados, dentro de um contexto específico de ação. Isto é assim não apenas com os objetos materiais mas com as regras sociais, as normas e os valores. Não determinam comportamentos, as pessoas têm primeiro de as interpretar. Por outras palavras, uma norma pode ser interpretada de forma muito diferente consoante o contexto. A forma como é interpretada torna-se clara dentro de uma situação.

A segunda e terceira premissas afirmam que o significado dos objetos sociais deriva através da interação e os significados são constantemente reproduzidos e alterados num processo interpretativo. Sublinha-se que, se o significado das coisas não pode ser entendido nas coisas em si mesmo, na sua realidade física, contudo os significados também não são meramente psicológicos ou intrínsecos ao sujeito individual. Pelo contrário, o significado deriva das interações entre as pessoas, consequente do facto de sermos socializados numa cultura. O processo pelo qual os atores transmitem significados às coisas está longe de ser puramente psicológico e levado a cabo de modo isolado. Os *contextos intersubjetivos* têm aqui um papel fundamental. Blumer também diz que os significados existentes, pensados como seguros, podem ser objeto de mudanças por vezes até mudanças repentinas. Nas situações de doença grave e súbita, como sucede com as experiências de AVC, essa mudança ao nível dos significados pode ocorrer, a segurança e a normalidade das

rotinas fica abalada, pode-se passar a ver as coisas com outros olhos (Faircloth *et al.*, 2004).

No interacionismo simbólico o ponto de partida é sempre a interação, entre as pessoas, com as situações, os contextos, os objetos, o que não acontecia em Parsons, focado no ato ou ator individual. Claro que também para Talcott Parsons (1951) os seres humanos são seres sociais, mas que funcionam sobretudo através das normas interiorizadas da sociedade, um processo que para Parsons é bastante unidirecional, da sociedade e/ou instituições para os sujeitos. Para os interacionistas o *self* é mais um processo do que uma estrutura fixa. Por essa razão, do ponto de vista interacionista o conceito de papel, como apresentado em Parsons, é muito problemático porque é fixista. Esta perspectiva parsoniana tornaria o indivíduo, nas suas ações, não mais do que um sujeito executante das expectativas sociais, negando-lhe uma componente ativa.

Enquanto para os interacionistas, os seres humanos não são meramente passivos agindo por estímulos, em Parsons há um “quadro de referência de ação” em que os meios e os fins fixos são um aspeto fundamental. Mas ação humana, de acordo com Blumer, nem sempre ocorre em termos de relação meios-fins. Nas ações quotidianas a relação entre o que fazemos com os fins nem sempre é clara ou pré determinada. A ação é altamente indeterminada. É mais contingente do que determinada. O sociólogo americano Anselm Strauss, ele mesmo um famoso interacionista nota o seguinte:

Mas o futuro é incerto e, até certo ponto, julgado, rotulado e conhecido apenas após já sucedido. Isto significa que a ação humana deve ser necessariamente experimental e exploratória. A menos que um caminho de ação tenha sido bem percorrido, o seu ponto terminal é em grande parte indeterminado. Os fins e os meios podem ser reformulados no percurso caso ocorram resultados inesperados. O compromisso, seja com um determinado

modo de vida ou destino, está sujeito a revisão ao longo de todo o processo (Strauss citado por Joas & Knöbl, 2010, p. 135).<sup>31</sup>

Os interacionistas, críticos quanto à noção consensual de sociedade de Parsons, entendem que os indivíduos são fluidos e mutuamente interdependentes. Pessoas e sociedades são melhor descritas como redes de universos de significados ou experiências. A ação marca-se pela criatividade e contingência. Esta perspectiva é de difícil aceitação para Parsons, focado na ordem, papéis e estruturas sociais fixas. Tal como sublinha Anselm Strauss, na sua obra *Mirrors and Masks. The Search for Identity* (1959), estamos sempre a reinterpretar o passado em novos modos. A socialização é um processo de uma vida em que novos e surpreendentes elementos estão constantemente a irromper na vida das pessoas, forçando-as a reinterpretar-se a si mesmas e ao seu passado.<sup>32</sup>

### 3.2. Corporalidade, moralidade e ação

Pierre Bourdieu e Anthony Giddens estão entre os autores que prosseguem o interacionismo simbólico, reelaborando-o, no chamado pragmatismo americano (Joas & Knöbl, 2010). De ambos recolhemos contributos para este trabalho e, juntamente com outros autores, como Michel Foucault e Bryan Turner, trazem para o campo de análise da ação o próprio corpo.

Anthony Giddens, tem no nosso entender uma ideia de ação particularmente importante. Para Giddens, o conceito de ação não deve ser visto como ato isolado mas como um processo holístico, um fluxo ininterrupto ou contínuo, como *durée*.

---

<sup>31</sup> “But the future is uncertain, is to some extent jugde, labelled and known after it happens. This means that human action necessarily must be rather tentative and exploratory. Unless a path of action has been well traversed, its terminal point is largely indeterminate. Both ends and means may be reformulated in transit because unexpected results occur. Commitment, even to a major way of life or destiny, is subject to revision in process” (Strauss citado por Joas & Knöbl, 2010, p. 135).

<sup>32</sup> Há momentos em que estes atos de redefinição são mais marcantes mas como diz o autor “life after all, is itself a series of so-called «status passages»” (Strauss citado por Joas & Knöbl, 2010, p. 140): passagem de criança a jovem, de solteiro a casado, de filho a pai de mulher a mãe, e mesmo da vida à morte, tema analisado por Strauss, em colaboração com Barney G. Glaser, no famoso livro *Awareness of Dying* (1965), um estudo sobre as interações do staff de enfermagem, com pacientes terminais e seus familiares no hospital.

A ação humana ocorre como um *durée*, um fluxo contínuo de conduta, à semelhança da cognição. A ação intencional não se compõe de um agregado de ou série de intenções, razões e motivos isolados. (...) A «ação» não é uma combinação de «atos»; os «atos» são constituídos apenas por um momento discursivo de atenção à *durée* da experiência vivida. (Giddens, 2003, p. 3-4).

Giddens, tal como os interacionistas, não considera que os indivíduos prossigam sempre objetivos claros e intencionais e se é verdade que os atores conscientemente controlam e podem estabelecer de forma consciente fins intencionais para a ação também é verdade que a vida do dia-a-dia é largamente feita de rotinas, mecanismos de ação que não requerem consciência ou seja, um pensamento deliberado de acionamento da ação.

A rotina funciona como uma ação autónoma, os hábitos imprimem-se para lá da capacidade de ação das pessoas. O comportamento humano tem um carácter fortemente rotinizado que se imprime nos próprios gestos, no corpo. Por isso, quando falamos de rotinas, de hábitos, acabamos inevitavelmente a falar de corporalidade dos seres humanos e da ação humana.

A vida social quotidiana normal (...) envolve uma segurança ontológica fundada numa autonomia do controlo corporal, dentro de rotinas e encontros previsíveis (Giddens, 2003, p. 74).

Muita da ação do dia-a-dia consiste em movimentos quase automáticos do corpo, tarefas que se tornam uma segunda natureza, já nem pensamos nelas. As pessoas em boa saúde não tendem a pensar de uma forma instrumental face ao seu corpo. Mas, por exemplo, quando um indivíduo está em processo de reabilitação física pensa nos movimentos de levantar a perna e isso exige pensamento e esforço, uma ordem consciente.

De acordo com Bourdieu (2003), não é útil analisar os comportamento dos atores individuais isolados, ou sozinhos, a menos que se possa determinar a posição do ator num *campo*, no qual a ação ganha sentido em primeiro lugar. Não é o ator individual que é a peça chave na análise, é a relação entre atores ou a relação das posições dentro de um sistema, ou como diz Bourdieu, dentro de um campo (*field*) que é crucial. O conceito de campo é entendido como um espaço estruturado de relações,

ou postos, cujas propriedades dependem das posições nesses espaços e que podem ser analisadas independentemente das características dos seus ocupantes.

A teoria bourdieusiana sobre a prática social tem como escopo de análise para compreender a ação humana, a relação entre um *habitus* e um campo, que como conceitos referem-se, respetivamente à instância da conduta individual subjetivamente impulsionada, ou seja, movida pela subjetividade criativa socialmente constituída a partir da experiência cumulativa e à dimensão das estruturas sociais objetivas presentes não apenas nos sistemas simbólicos como também no próprio sentido real das relações sociais (Bourdieu, 1998; Bourdieu, 2003).

A relação que se estabelece entre *habitus* e campo é, portanto, antes de tudo, uma relação de dependência, ou seja, o campo estrutura o *habitus*, que é produto da necessidade imanente deste campo e que também contribui para construir o campo como um mundo significativo, dotado de sentido e valor para os atores sociais. Esses constructos são utilizados com intuito de propiciar um maior detalhe do significado que os atores sociais atribuem aos objetos de orientação e situá-los em categorias que representam um *continuum* entre os fatores micro indivíduo e (*habitus*) e macro (estrutura e campos) da realidade social.

O *habitus* é constituído por esquemas de perceção, de apreciação e de ação adquiridos ao longo do tempo e que permitem aos atores sociais perceber, agir e evoluir com naturalidade no universo social. Os objetos de orientação que podem ser situados nesta categoria do indivíduo e *habitus* seriam, por exemplo, traços culturais, comportamentos e motivações dos atores. Em relação à segunda categoria, a estrutura pode ser compreendida como algo externo ao indivíduo e formada por espaços relativamente autónomos. Cada um desses espaços constitui um campo (económico, político, cultural, científico, etc.), ou seja, um sistema estruturado de forças objetivas que é capaz de impor uma lógica à ação de seus agentes (Bourdieu, 2003). Os campos oferecem opções para a ação, mas só certas opções, o que simplesmente significa que outras ficam excluídas, ou seja os atores são sujeitos a constrangimentos.

Embora fortemente condicionados pelo seu *habitus* de origem, o que leva à crítica sobre a verdadeira capacidade de liberdade que o autor reconhece a estes atores, Bourdieu defende que o *habitus* não implica a não inovação ou criatividade, e

que os atores são eminentemente ativos e em ação, mas não podemos saltar ou romper completamente ou por inteiro com este comportamento habitual, porque o *habitus* é um aspeto da nossa história e identidade. As pessoas são socializadas num ‘campo’, onde aprenderam os comportamentos apropriados. O *habitus* é um aspeto não determinado da ação, que o ator não determina. Este aspeto faz com que Bourdieu não reconheça verdadeiramente uma livre capacidade de ação aos atores, sempre presos ao seu *habitus* (Joas & Knöbl, 2010, p. 371 e ss.).

Bourdieu entende que o *habitus* não implica que não aja uma infinidade de variações de comportamentos, que são constantemente recreados. Mas, os tipos de hábitos formados num campo tendem a confirmar esse campo, tendem a confirmar uma origem de classe (Bourdieu, 2006). Os tipos de hábitos, sendo o produto de realidades específicas de classes, de lugares de classe específicos, reproduzem as realidades desses lugares. Ou seja, há uma unidade de estilo, um princípio unificador. Bourdieu refere que, em instituições como enfermarias, escolas e fábricas, as classes baixas em particular, têm uma evidente aceitação da desigualdade social ‘*drummed into them*’, o que torna quase impossível para si tornar estas estruturas num objeto de discurso (Bourdieu, 1998).

Bourdieu mostrou que as perceções estéticas e comportamentos de todos os dias das classes mais baixas são muito diferentes dos das classes dominantes, como é visível mesmo nos seus hábitos alimentares:

A arte de beber e comer continua sendo, sem dúvida, um dos únicos terrenos em que as classes populares se opõem, explicitamente, à arte legítima de viver. À nova ética da sobriedade para a magreza – tanto mais reconhecida quanto mais elevada for a posição na hierarquia social –, os camponeses e, sobretudo, os operários, opõem uma *moral da boa vida*. Além de gostar de comer e beber bem, o boa-vida é aquele que sabe entrar na relação generosa e *familiar* – isto é, simples e, ao mesmo tempo, livre – simbolizada e favorecida pelo beber e comer em comum, suprimindo também a moderação, as reticências e as reservas (...). (Bourdieu, 2006, p. 170).

Mas não é só como as pessoas comem que as distingue. O que é comido é também fundamentalmente diferente entre as classes, encontrando-se nas classes



populares um *gosto* e um consumo acrescido pelo salgado, gorduroso, pesado, forte, cozido em forno lento, barato, nutritivo. O paradigma desta alimentação é a carne de porco, gordurosa e salgada, antítese do peixe magro, leve e insosso (*Idem*, p. 170 e ss.). Tal leva a que a alimentação surja como fator de distinção social, em que as pessoas das classes altas se diferenciam das classes baixas. Os gostos extravagantes das classes altas são, em parte, uma tentativa de demarcação da diferença social e das fronteiras de classe.

A relação das diferentes classes com os alimentos e com os regimes de dieta está ligada à concepção do próprio corpo:

O gosto em matéria alimentar depende também da ideia que cada classe faz do corpo e dos efeitos da alimentação sobre o corpo, ou seja, sobre sua força, sua saúde e sua beleza (...) as classes populares, mais atentas à força do *corpo* (masculino) do que à sua *forma*, tendem a procurar produtos, ao mesmo tempo, baratos e nutritivos, os membros das profissões liberais mostrarão sua preferência por produtos saborosos, bons para a saúde, leves e que não fazem engordar. (Bourdieu, 2006, p. 179)

Para Bourdieu, “o corpo é a objetivação mais irrecusável do gosto de classe, manifestado sob várias maneiras” (*Ibidem*). A relação com o corpo é uma das dimensões em que as disposições do *habitus* se manifestam.

A relação *instrumental* com o próprio corpo que as classes populares exprimem em todas as práticas que têm com o corpo como objeto ou pretexto - regime alimentar ou cuidados de beleza, relação com a doença ou cuidados com a saúde – manifesta-se também na escolha dos esportes (...) (*Idem*, p. 200).

Segundo Bourdieu, a preocupação com a cultura do corpo, enquanto medida higienista de saúde, aliada a uma exaltação ascética da sobriedade e do rigor dietético, é própria das classes médias, bem como a crença nos efeitos do exercício sobre o corpo interno. Já as classes populares procuram resultados esperados no corpo externo (diminuição de peso, elegância ou uma musculatura visível).

A relação com os alimentos e com os sacrifícios também exigidos pela prática do desporto ligam-se a disposições distintas perante o futuro. Ao “gosto «modesto»

que sabe sacrificar os apetites e os prazeres imediatos aos desejos e satisfações vindouras”, opõe-se o materialismo espontâneo das classes populares que “recusam entrar na contabilidade benthamiana dos prazeres e dos sofrimentos” (Bourdieu, 2006, p. 171).

Como sublinha Bourdieu,

Contra a antropologia imaginária da ciência económica que nunca recuou diante da formulação de leis universais da «preferência temporal», convém lembrar que a propensão a subordinar os desejos presentes aos desejos futuros depende do grau em que este *sacrifício* é «razoável», ou seja, das possibilidades de obter, *de qualquer modo*, satisfações futuras superiores às satisfações sacrificadas. (*Idem*, p. 172).

Para o autor, é como se estivéssemos perante uma “espécie de cálculo económico que desincentiva a submeter a existência ao cálculo económico: o hedonismo que, no dia-a-dia, leva a tomar as raras satisfações – «os bons momentos» - é a única filosofia concebível para aqueles que, segundo se diz, não tendo futuro, só podem acalantar, de qualquer modo, escassas expectativas a seu respeito” (*Idem*, p. 173).

Esta relação entre prazeres imediatos e ganhos diferidos parece, nalguns casos, poder ilustrar bem a mitigação ou o não cumprimento de dietas alimentares pelos doentes hipertensos entrevistados. Também certos hábitos alimentares, apontados por Bourdieu como próprios de grupos sociais mais baixos, surgem muito presentes nos relatos das pessoas inquiridas.

Ainda sobre o *habitus* de classe, o *habitus* adquirido numa classe particular - como conjunto esquemático de percepção, cognição e ação - define um “estilo de vida” particular pelo meio do qual as classes se colocam culturalmente apartadas umas das outras. Os diferentes tipos de estilos de vida encontrados numa sociedade apontam para conflitos simbólicos sobre o esforço feito pelos membros das diferentes classes no sentido de atingir a *distinção*. Para Bourdieu, os comportamentos dos diferentes grupos sociais não são apenas distintos mas avaliados como “um índice de conduta moral”. Por exemplo, a apresentação do corpo, entendida como “a maneira legítima

de posicionar o corpo e apresentá-lo”, se desleixado, se não cuidado, revela *displacência*, abandono culpável à facilidade (Bourdieu, 2006, p. 183).

*Hábitos*, rotinas, estilos de vida, servem-nos como *conceitos mediadores*, que “estabelecem uma negociação entre dois ou mais conceitos polares” (Andrade, 1991, p. 269). Estabelecem a relação entre a dimensão micro e macro, entre corporalidade, gostos e ação, entre o quotidiano e a familiaridade e o estranhamento e a exceção. Contudo, o conceito de hábitos não se mostra pacífico. A este nível, Bourdieu tem sido sobretudo criticado por uma certa rigidez e determinismo das macroestruturas. Contudo, no que concerne aos dados relativos aos comportamentos de saúde e distribuição de doença pelos diferentes grupos sociais, os conceitos acima são importantes para podermos analisar e perceber melhor as diferenças das práticas dos sujeitos e de que modo estas se interligam com as próprias condições de saúde apresentadas, tal como alguns estudos têm vindo a revelar (Backett, 1992; Ribeiro, 2010; Snibbe & Markus, 2005), entendendo-se, porém, que os “mundos” sociais são bem mais composicionais, diversificados e fluidos que o apresentado por Bourdieu.

#### **4. (Ir)racionalidades ou o descurar da doença**

Os comportamentos de doença referem-se ao modo como as pessoas definem e interpretam os seus sintomas e às ações empreendidas tendo em vista melhorar ou ultrapassar a doença, nomeadamente a procura de ajuda e seguimento de comportamentos adequados (Ballard, 2004).

Talcott Parsons (1951) foi dos primeiros a abordar a doença como um comportamento social, pautado pela capacidade de funcionar de forma eficiente e efetiva na sociedade, atribuindo ao doente um conjunto de expectativas e responsabilidades sobre o seu comportamento considerando que ser doente é também um “papel social”. Desempenhando um papel social, o doente fica temporariamente legitimado na sua incapacidade para o trabalho, por exemplo, embora tal dependa da gravidade e grau da doença, mas “obrigado” a recorrer a ajuda médica e proceder de forma a recuperar e preservar a sua boa condição de saúde,

para o que deve ser recetivo aos conselhos médicos. Esta obrigação torna-se não apenas um benefício individual na rápida ultrapassagem da doença mas tem um aspeto moral, uma vez que a doença tem um custo social imputado a todos.

As observações e críticas ao modelo parsoniano de doente e à relação que este descreve entre médicos e doentes são bem conhecidas, embora o modelo de papel de doente se trate de um “tipo ideal”, onde são exageradas certas facetas da realidade, como a obediência dos doentes e a beneficência da medicina, e outras menosprezadas, como o conflito de interesses e a capacidade de tratar de si dos doentes.

Pese, contudo, a existência de um conjunto de expectativas sociais sobre o comportamento dos doentes, constata-se que a presença da doença não leva necessariamente ao “papel de doente” ou a comportamentos de doença. A doença pode ser vista de muitas formas, sendo que em grande número de casos a procura de ajuda médica não surge como necessária. É o que sucede, por exemplo, nalgumas situações de mal-estar sentidas pelos mais idosos (Elias & Lowton, 2014) e o que parece explicar o fenómeno tão corrente da auto-medicação (Lopes, 2003), por exemplo.

Ao controlo médico sob a doença defendido por Parsons, contrapõem-se hoje a autodisciplina e empenhamento dos sujeitos como vigilantes e promotores da sua própria saúde e gestores de riscos de doença. É esta abordagem relativa às doenças cardiovasculares produzida e promovida pelas próprias entidades médicas e massivamente divulgada na sociedade. Aos apelos da saúde pública, paradoxalmente as pessoas e doentes em risco cardiovascular parecem contrapor ideias e práticas contraditórias. Por exemplo, num estudo levado a cabo sob a perceção das mensagens de redução do colesterol e necessidade de dieta para reduzir o risco de doença cardiovascular, os resultados junto do público mostram uma atitude de algum cinismo e descrédito sobre o conteúdo de tais mensagens (Lupton & Chapman, 1995). As atuais campanhas e mensagens de promoção de saúde parecem mesmo deparar-se com um “problema”, senão de plausibilidade ou credibilidade, de efetividade nas práticas da

população a quem visam persuadir ou influenciar comportamentos. Num trabalho sobre a noção de “candidato” a doença cardiovascular junto da população, levado a cabo em Inglaterra (Davison, Smith & Frankel, 1991), os autores concluíram que existe uma epidemiologia leiga sobre o assunto e cuja influência no modo como as pessoas interpretam o conceito de “candidato” é muito significativa, dificultando a interiorização e os comportamentos propostos pelas mensagens médicas, nomeadamente quanto à ideia de risco de doença cardiovascular e importância das dietas e exercício físico no quotidiano. Existe não apenas uma enorme complexidade nos comportamentos de doença como nas interpretações e significados que as pessoas atribuem a sintomas, a doenças e às informações médicas divulgadas (Young, 1981).

Mechanic e Volkart (1960), foram os primeiros a descrever o comportamento de doença (“*illness behaviour*”) para referirem as maneiras pelas quais dados sintomas podem ser percebidos, avaliados e envolverem (ou não) algum tipo de ação relativamente aos diferentes tipos de pessoas (como referido por Ballard, 2004, p. 65). Diferenças de classe, níveis educacionais e aspetos culturais e contextuais, entre outros, têm sido apontados como relevantes na análise dos comportamentos de doença. As experiências do passado modelam também os comportamentos (Rogers, Hassell, & Nicolaas, 1999).

A experiência da doença envolve muitos outros aspetos para além da presença biofisiológica da patologia, o seu grau de visibilidade, transtorno, etc. A interpretação dos sintomas e as ações empreendidas são compostas por variados fatores sociais e culturais estruturantes do contexto dos sujeitos. Parsons entendia o acesso ao papel de doente como uma resposta socialmente necessária à doença mas os pacientes têm suas próprias interpretações sobre seus sintomas e sobre que ações, se for o caso, devem ser tomadas (Ballard, 2004).

#### 4.1. Modernidade e riscos de saúde

As sociedades de modernidade tardia (Beck, 1992; Giddens, 1996), ou de modernidade de liberdade alargada (Wagner, 1996), comportam muitas situações novas para a vida quotidiana e consequentemente para os indivíduos. Alguns dos traços distintivos desta sociedade foram apresentados no conceito de sociedade de risco de Ulrich Beck (1992). Este conceito tornou-se central na sociologia e estudos da ciência no que respeita à caracterização de um dos aspetos mais marcantes da sociedade moderna, a presença e disseminação crescente de todo o tipo de dispositivos científicos.

As sociedades ocidentais do mundo moderno conheceram, sobretudo após os anos 80, muitas das promessas da ciência e do desenvolvimento tecnológico mas também dos seus perigos (de que são exemplo o acidente de Chernobyl, riscos ambientais, contaminações químicas, entre outros). O livro de Ulrich Beck, *Risk Society*, reflete estas tendências das sociedades industriais modernas colocando no centro da análise sociológica questões sobre o conceito de risco e a nossa relação com a ciência na vida social e privada.

Nesta sociedade, a perceção científica dos riscos é sempre baseada em interpretações altamente complexas da causalidade, em “expertise científica”. A discussão sobre as questões científicas têm lugar privilegiado nas disputas dos peritos ou *experts*, sendo que a complexidade das questões as torna, em muitos casos, aquém da capacidade de inteligibilidade para o homem comum. Tal facto cria dependência face aos peritos e à análise científica para a deteção e controlo dos riscos.

Embora no seu estudo, Beck aponte essencialmente os riscos exteriores ao indivíduo, que resultam do ambiente manipulado, erro técnico, etc., as reflexões sobre a gestão do risco que se impõem ao indivíduo e a forma como a sociedade define os meios próprios para lidar com os riscos é abrangente quer se trate de riscos pessoais, por exemplo a doença, quer nos refiramos a ocorrências coletivas como a disseminação de produtos alimentares geneticamente modificados. Em ambos os casos, não apenas se sublinha a dependência face aos peritos como ao princípio da precaução como regra de limitação da ação.

A sociologia do risco oferece ainda um quadro de referência para pensar a construção de políticas em matéria de saúde pública, de que são exemplos as campanhas antitabágicas, luta contra a obesidade, controlo da hipertensão, rastreios como o de cancro da mama, entre outras.

Para a sociologia do risco é importante considerar a distinção entre a avaliação do risco feita pelos *experts* e a sua perceção pelos leigos. Se os *experts* definem o risco em termos probabilísticos a partir de duas dimensões fundamentais, mortalidade e morbilidade, introduzindo também a qualidade de vida, os leigos abordam a questão em termos globais e qualitativos, e sobretudo em termos de consequências, tendo em conta aquilo que é excluído pelos experts, sendo que certas dimensões do real estão excluídas das ideias e prática científica.

O risco é uma noção moderna que emerge no ocidente (Beck, 1992, p.283). A história da noção de risco está ligada às viagens marítimas e respetivos sistemas de seguros, que visavam socializar os perigos, trazendo-os para as atividades mundanas das populações. Este foi também o caso da apresentação da hipertensão arterial como sinal de um risco de doença ou morte prematura, como já foi dito anteriormente.

Segundo Patrick Peretti-Watel (2003), a história recente do risco remete para que após os anos 80 possamos falar de “crise do risco”.<sup>33</sup> Um dos sintomas maiores desta crise será a aparente irracionalidade das perceções individuais: as pessoas subestimam gravemente certos riscos (acidentes de viação, nocividade do tabaco, excessos alimentares...) o que conduz a esforços ineficazes da políticas de prevenção levadas a cabo pelos poderes públicos. A falta de cumprimento dos regimes de dieta, por exemplo, é uma evidência conhecida dos médicos e dos dietistas que confirma este descurar da ideia de risco (DGS, 2003a; Gascón *et al.*, 2004).

A questão das perceções individuais do risco, e nomeadamente dos riscos para a sua saúde, aparece assim como um problema político de primeira instância (Peretti-Watel, 2003: 10), e uma questão central para as medidas de saúde pública, assumindo a importância de se saber como é que os indivíduos, não especialistas, apreendem as

---

<sup>33</sup> Para aprofundamento do processo de construção do “risco”, a sua relação com os indivíduos e perceção, consultar Patrick Peretti-Watel (2003).

ameaças que pesam sobre a sua existência e enveredando por uma ação política de persuasão na saúde (Moreira, 2007).

Nos inícios do século XIX, o termo “risco” assumia uma conotação neutral como possibilidade ou probabilidade matemática da ocorrência de determinado evento (Douglas, 1986). A partir da década de 1970, há uma atenção crescente ao risco nas várias disciplinas, incluindo a epidemiologia, com numerosas tentativas de mensuração dos riscos (Gabe, 1995, p. 2). O termo assume então uma referência semântica negativa e vai-se associar à ideia de perigo. A epidemiologia desenvolve uma análise do risco, dividindo a população em grupos na base do risco aos quais os indivíduos estão expostos (Genova, 2014). Durante os anos 80, os riscos de saúde abriram um espaço de “potencial futuro de doenças” e tornam-se o elemento chave na “medicina de vigilância” ou medicina preventiva (Armstrong, 1995). Nos anos 90, o termo “risco” ganha lugar na análise sociológica, sendo aqui entendido como característica marcante das sociedades ocidentais (Beck, 1992; Giddens, 1996)

Nas ciências da saúde o termo refere a probabilidade de os membros de uma determinada categoria desenvolverem ou contraírem uma doença. Geralmente o risco de doença para uma determinada categoria de pessoas, fumadores ou hipertensos, por exemplo, é comparado ao risco de outra categoria de pessoas, os não fumadores, os normotensos, resultante um risco relativo para os fumadores e hipertensos comparando com os restantes indivíduos.

O conceito de risco de saúde foi definido pela OMS como "um fator que aumenta a probabilidade de resultados adversos para a saúde".<sup>34</sup> Em 2009, a OMS publica o relatório *Global Health Risks*, onde se refere que “os principais riscos globais para a mortalidade no mundo são pressão alta (responsável por 13% das mortes no mundo), o uso do tabaco (9%), glicémia elevada (6%), inatividade física (6%), e excesso de peso e obesidade (5%). Estes riscos são responsáveis por elevar o risco de doenças crónicas, como doenças cardíacas, diabetes e cancro” (WHO, 2009).

As tipologias e os tipos de risco parecem nunca ter parado de crescer. Deborah Lupton e Jonathan Gabe expõem uma distinção entre riscos ambientais e riscos

---

<sup>34</sup> “a factor that raises the probability of adverse outcomes for health” (WHO, 2009)



relacionados com os estilos de vida (*lifestyle risks*) (Gabe, 1995; Lupton, 1993, Lupton, 1995). Temos assim que o discurso da saúde pública traça duas categorias de riscos de saúde: riscos externos e riscos internos (Lupton, 1994). Os primeiros devem-se a fatores que estão para lá do controlo individual, tais como os riscos ambientais, que são coletivos e residem na sociedade. Os riscos internos são devidos aos estilos de vida individuais, entendidos como escolhas e comportamentos de risco, tais como fumar, alimentação nutricionalmente incorreta e falta de exercício físico (Genova, 2014).

Os riscos relacionados com os chamados estilos de vida têm sido os mais considerados pelos promotores e educadores de saúde, abarcando atividades como fumar, exercício físico e dieta. Os indivíduos identificados como estando em alto risco face uma dada doença são encorajados a alterar os seus hábitos quotidianos, monitorizar os seus comportamentos e comprometer-se com regime de autovigilância e auto cuidado (Davison, Smith & Frankel, 1991; Kavanagh & Broom, 1998). É esperado que as pessoas façam uma gestão do seu próprio risco “entrem num processo de auto cuidado, autocontrolo, autovigilância”. Este projeto do *self* é direcionado à maximização da saúde dos indivíduos, minimizando o fardo para a sociedade (Petersen, 1996).

Para pensarmos a questão de como é que os indivíduos percecionam e agem perante a designação dos riscos, nomeadamente risco de saúde, há que ter em conta outras dimensões das sociedades contemporâneas para lá da cientificização, nomeadamente o processo crescente de individualização e individuação (Neves & Neves, 2010; Wagner, 1996).

Ulrich Beck (1992) distingue três dimensões presentes nas nossas sociedades. A primeira prende-se com a emancipação progressiva dos indivíduos face às instituições e formas sociais típicas da sociedade industrial. Encontramos aqui, por exemplo, o afrouxamento das classes sociais, a flexibilização da esfera produtiva, o pôr em causa da família nuclear, as mudanças na repartição de papéis de género. Estas instituições davam segurança aos indivíduos, transmitiam conhecimentos práticos, guiavam a vida. A existência tornou-se agora mais incerta. Entregues a si mesmos, livres, os sujeitos tem de tomar mais decisões, sobretudo escolher como viver. Estas escolhas são canalizadas e condicionadas por novas instituições: o mercado, o estado providência,

os *mass media* e os “profissionais do conselho”. Resumindo, as suas liberdades são monitorizadas as suas escolhas são institucionalizadas e estandardizadas.

A segunda dimensão diz respeito ao carácter reflexivo da individualização: a construção da nossa biografia é-nos imposta, sendo que, numa terceira dimensão, para construir ativamente a sua biografia o indivíduo deve-se projetar no futuro, antecipar as consequências incertas das suas decisões. Isto implica que não se sinta objeto do destino. Recusando qualquer determinismo, o indivíduo assume o controlo do seu destino. A negação da fatalidade, do destino, que funda a modernidade da noção de risco, tem por corolário a vontade dos indivíduos em dominar, controlar a sua vida. Esta vontade de domínio sobre a sua vida coloca o assento na responsabilidade de cada um. Mesmo uma aposição de classe desfavorável não é vista como uma fatalidade de classe mas como condição alterável pela vontade e responsabilidade individual, sendo a não modificação dessa posição vista como uma falha pessoal (Peretti-Watel, 2003). É isto que o modelo médico preventivo exige ao indivíduo.

A “tese da individualização” de Beck (1992), refere que nestas sociedades modernas, industrializadas, as pertenças coletivas como as de classe tendem a deixar de funcionar como estruturas de suporte para os indivíduos, assiste-se a uma dissolução das classes em prol de uma individualização em que o sujeito se apresenta de um modo mais isolado e independente das suas origens sociais, por um lado, e mais igualizado face a certos riscos, por outro. Como sublinha Peretti-Watel (2003, p. 469), a tendência que Beck aponta é para formas individualizadas de condições de existência, o que compele as pessoas a centrarem-se no seu próprio plano de conduta. Neste sentido, individualização significa a variação e diferenciação de estilos de vida e formas de vida, opondo-se ao pensamento das categorias dos grandes grupos sociais tradicionais, ou seja, classes, estratos e estratificação social.

Também Bauman (2007a e 2007b) entende que ocorreu uma rutura histórica em que o indivíduo passa a assumir-se como o único ponto de referência. A privatização da individualidade é vista como o centro da pós-modernidade, com significativas consequências para as políticas e consequências negativas, do ponto de vista de Bauman, para os próprios sujeitos transmutados em consumidores.

Com domínio da explicação científica, como afirma Bauman (2007b, p. 218), “a sociedade moderna é um lugar de ação mediada”. Todas as tarefas são expressas por instruções de como devem ser feitas (desde, por exemplo, como estudar, amamentar, escolher os alimentos, educar as crianças). Segundo o autor, poucas, se é que algumas, atividades mundanas diárias podem ser realizadas sem a assistência do conhecimento supra-individual especializado que pode vir embutido num instrumento ou num dispositivo tipo caixa-negra, ou ser entregue na forma verbalizada de instruções escritas ou faladas. Segundo Bauman, as indicações médicas constituem um bom exemplo deste reforço da dependência e auto-reprodução da competência especializada: “o século XX tornar-se-ia não o século do homem integral que sabe onde lhe dói, mas do especialista profissional que «sabe melhor» o que é bom para ele” (Bauman, 2007b, p. 221).

São os especialistas que definem os padrões de normalidade e racionalidade e até mesmo da moralidade.

A certeza da racionalidade dos próprios atos e crenças torna-se uma autorização de residência que deve ser constantemente renovada e que só pode sê-lo com base no bom comportamento (...) os membros leigos da sociedade devem ser racionais, mas não podem ser racionais sem ser guiados pelos veredictos da ciência e sem receber prescrições algorítmicas (ou, pelo menos, heurísticas para ação) que tenham a aprovação dos especialistas. (...) O culto da racionalidade da escolha e da conduta é, em si mesmo, uma escolha, uma decisão .... (Bauman, 2007b, p. 232-233).

Para Bauman, a pós-modernidade distingue-se por ambivalências irresolúveis que se individualizaram, que se tornam um problema pessoal mas que devem procurar resolver com a ajuda do especialista.

Sem nenhum poder terreno decidido a erradicá-la, a ambivalência passou da esfera pública à privada. É agora, em larga medida, uma questão pessoal. Como tantos outros problemas sociais globais, este deve ser agora atacado pessoalmente e resolvido, se o for, com meios privados. A obtenção de clareza de propósito e de sentido é uma tarefa individual e uma responsabilidade pessoal. É esforço pessoal. E é igualmente o fracasso do esforço. E a culpa pelo fracasso. E a conseqüente sensação de culpa. (Bauman, 2007b, p. 205)

Todas as tarefas de promoção e manutenção da saúde são ações mediadas por profissionais e que os sujeitos particulares devem empreender com confiança. A medicina moderna desenvolve também os mecanismos de vigilância necessários a que os indivíduos se assegurem do seu bom estado de saúde e conheçam os riscos em que poderão incorrer. Armstrong (1995), relativamente a esta medicina moderna de vigilância (*surveillance medicine*) afirma que uma das suas características fundamentais é ter todos como alvo, sendo os cuidados de saúde destinados não apenas aos que estão doentes mas igualmente aos que se encontram bem. Ou seja, o conhecimento médico orienta-se não apenas para o tratamento da doença mas também para a identificação e monitorização dos fatores de risco. Sobre isto, Robert Castel (como referido em Nettleton, 2004, p. 156) chama a atenção para o facto de, desde a segunda metade do século XX, termos vindo a assistir a uma mudança no sistema de saúde que tinha como premissa a “perigosidade” da doença e que agora assenta no “risco”, tendo o olhar médico dirigindo-se da doença também para os comportamentos e características das pessoas.

#### **4.2. A aparente irracionalidade dos indivíduos face ao risco**

A ideia do risco foi capturada pela racionalidade instrumental, nomeadamente pela formalização canónica da racionalidade probabilística dada pela teoria microeconómica de tomada de decisões em universos de risco ou incertos (Peretti-Watel, 2003). Esta teoria adapta a racionalidade instrumental ao caso particular de um contexto de probabilidades – uma racionalidade probabilística – complementada por uma característica psicológica fundamental, a aversão ao risco. A noção de prudência introduz o tempo na reflexão da aversão sobre o risco. Refletir sobre a forma como os indivíduos agem perante os riscos que lhes são apresentados envolve, então questionar os princípios da ação racional, os valores e a relação com o futuro.

A abordagem etnometodológica de Mary Douglas (1986 e 1994), explorando uma visão sócio antropológica sobre o risco e expondo o modo como ele é social e culturalmente construído e serve fins coletivos e políticos, é um recurso essencial para a discussão da aparente irracionalidade dos indivíduos face ao risco, nomeadamente

aos riscos de saúde. Os estudos antropológicos chamam a atenção para a variedade cultural das percepções do risco. Mary Douglas e Aaron Wildavsky (1983), em *Risk and Culture*, expõem a relação que existe entre os valores e as concepções que se tem do mundo e da percepção dos riscos. São os nossos valores que permitem atribuir um valor positivo ou negativo a cada coisa. Os valores sociais e pessoais fornecem os critérios de hierarquização dos riscos, havendo, necessariamente, uma certa coerência entre o grupo social e o seu sistema de valores. Os valores são as crenças duradouras, organizadas e coerentes com os sistemas sociais mais vastos, adquiridas pela socialização e aculturação, que determinam se um comportamento ou um objetivo é preferível ou não a outro (Peretti-Watel, 2003, p. 144).

Como refere Mary Douglas (1994, p. 31),

Um risco não é apenas a probabilidade de um evento mas também a provável magnitude do seu resultado, e tudo depende do valor que é definido para o resultado. A avaliação é uma matéria política, estética e moral. Na vida quotidiana, as decisões privadas relativas ao risco são tomadas por comparação de vários riscos, e os seus prováveis bons ou maus resultados. Nenhum item de risco será, normalmente, considerado de modo isolado.

A teoria cultural de Douglas dá um sentido à “subestimação” do risco. Esta teoria insere-se numa perspetiva compreensiva que desmonta a simples constatação da irracionalidade aparente dos indivíduos face ao risco. O relativismo cultural do conceito de risco permite ultrapassar a ideia de que a subestimação do risco se deve a uma questão de falta de informação, de irresponsabilidade, ou de um défice no sistema social (Peretti-Watel, 2003, p. 144).

O risco é em primeiro lugar cultural porque a percepção que nós temos dele é culturalmente definida. Este enviesamento cultural resulta nomeadamente de uma concepção dos conhecimentos e da capacidade de nos projetarmos no futuro. A nossa relação com o risco depende do nosso horizonte temporal. A percepção do “tempo futuro”, socialmente diferenciada, influencia a percepção do risco.

Pensamos ser considerável a hipótese, no caso da situação da doença e seus riscos, crer que a precaridade existentes na vida do momento presente dispensa a inquietude relativamente ao futuro e, que pelo contrário preocupamo-nos com os

riscos futuros quando possuímos uma certa estabilidade material presente, que nos assegurará o presente no futuro (Stichweh, 2000; Zinn, 2008).

Esta importância da questão do horizonte temporal permite compreender a aversão contemporânea ao risco, muitas vezes considerado um paradoxo visto que, em termos de saúde, por exemplo, nunca vivemos tantos anos nem de tão boa saúde. E em termos da vida social, de um modo geral, nunca as garantias e conhecimentos de que dispomos foram tão vastos e creíveis. Ora é precisamente numa sociedade repleta de segurança e garantias que mais tememos e nos é passada a mensagem de prevenção. O risco também é político. Resgatado pela ciência e apresentado em números, torna-se uma ferramenta política utilizada para legitimar políticas públicas. Por exemplo, no que respeita a políticas públicas ambientais (Nunes, Matias & Costa, 2005).

Comparando as noções de risco, *tabu* e pecado Mary Douglas (1994) nota que o individualismo contemporâneo tornou possível uma inversão notável da figura de “bode expiatório”. Noutras épocas censurava-se o indivíduo por ter quebrado um *tabu*, cometido um pecado, e assim colocar toda a comunidade em perigo. A retórica do pecado e do *tabu* tomavam ou assumiam um indivíduo como culpado para proteger o grupo. Hoje, pelo contrário, o discurso do risco coloca o indivíduo como ameaçado pela comunidade ou agressões anónimas e visa sobretudo proteger o primeiro face ao segundo (por exemplo, no caso dos riscos ecológicos), cabendo-lhe a ele, indivíduo, proteger-se, evitar os riscos com os quais se confronta – ser responsável.

A ideia de risco expõe a relação entre o indivíduo e a sociedade, levando a pensar em como deve o indivíduo agir. Weber (1978) identifica diferentes tipos de ação: a ação pode ser racional em termos de seleção de meios para um dado fim, ou uma ação pode ser racional em pretender aceder a ou conseguir um valor absoluto. Por contraste, a ação afetiva é o resultado de um impulso emocional ou estado sentimental, por exemplo, procurar retirar um prazer imediato de algo, vingança satisfação imediata, prazer, para alívio de impulsos; e por fim, comportamento ou ação tradicional, aquela que envolve a expressão de um conjunto de costumes. A ação tradicional e afetiva ficam fora das fronteiras entre comportamento consciente

significativo e ação meramente reativa. Weber valorizava apenas a ação racional (Poulain, 2009, p. 74).

Na sua análise da gênese da racionalidade da sociedade moderna inerente ao capitalismo, Weber, questiona o domínio que este tipo de racionalidade poderá assumir não apenas ao nível do crescimento desmesurado da burocracia mas nos comportamentos dos sujeitos, pois a exacerbação da conduta ascética secular dirige-se contra o gozo despreocupado da existência e as alegrias que ela oferece (Correia, 2001, p. 7-11; Weber, 1983).

Há na racionalidade moderna um elogio do comportamento ascético, em que a conduta se deve pautar por objetivos utilitaristas. Max Weber alerta não apenas para o perigo do domínio burocrático sobre a vida dos homens mas também para o facto de esta racionalidade limitar a criatividade e a espontaneidade e constituir no fundo uma forma de dominação e classificação de irracional de tudo o que não corresponda aos seus princípios, por exemplo os prazeres mundanos da vida. Weber apontou de forma clara esta modificação estrutural das sociedades modernas em que a racionalidade dos meios se sobrepõe à racionalidade dos valores. A formulação de uma racionalidade específica, muitas vezes hegemónica, usualmente denominada de cognitivo-instrumental, conjuntamente com a emergência da técnica são uma das dimensões que caracterizam a modernidade (Correia, 2001, p. 9; Giddens, 1996).

A racionalidade cognitivo-instrumental tem implícita uma escolha de determinados meios mais adequados para a obtenção dos fins e assume uma considerável indiferença em relação aos critérios oriundos da moral. A única autoridade reconhecida é a da ciência, a razão é reduzida, especialmente ao seu significado pragmático de auto preservação (Correia, 2001, p. 13-14).<sup>35</sup>

Tal como sublinha Augusto Santos Silva (1988, p. 52), racionalidade e irracionalidade são dois dos mais ambíguos e escorregadios termos que se podem

---

<sup>35</sup> Esta supremacia e validação de tudo o que diz respeito ao mundo dos homens pela ciência levaria, segundo Weber, ao que designou como *desencantamento do mundo*, traduzido na observação de um universo social onde predomina a ação centrada na escolha dos meios mais adequados à obtenção de fins, independentemente da sua avaliação (Correia, 2001, p. 14). Weber desenha o processo histórico ocidental como uma contínua racionalização e “desencantamento” do mundo, culminando na *calculabilidade* total que caracteriza as sociedades modernas (Silva, 1988, p. 53).

empregar, e que assumem em Weber vários sentidos consoante os contextos. Segundo Santos Silva, tal como para o sociólogo alemão,

(...) é legítima a dicotomia entre racional e irracional enquanto dicotomia técnica, quer dizer, entre uma eficiência processual, de adequação dos meios aos fins propostos, e o seu contrário. Mas, acrescentamos, há várias racionalidades possíveis, tudo dependendo dos fins e das normas de referência, e o que é racional de um ponto de vista pode ser irracional de qualquer outro. (...) Na determinação das atitudes e comportamentos humanos os comportamentos emotivos, afetivos, tradicionais (ligados às fés religiosas), detêm um peso tal, que tornam as condutas irreduzíveis ao mero cálculo racional, tal como a imagem do *homo aeconomicus* o consagrava. É imprescindível, pois, ter em conta que a razão não dispõe em Weber, do estatuto favorecido que, por exemplo, os positivistas lhe atribuem (Silva, 1988, p. 52).

Segundo Santos Silva (*Idem*, p. 53), Weber afirma a reivindicação formal de um espaço de responsabilização e compromisso individual, espaço de escolha e decisão em que a vontade é o instrumento soberano. Trata-se de considerar o papel axial da liberdade e da ação consciente e voluntária para as orientações da nossa vida.

Efetivamente, a gestão do risco tende a articular a análise dos *experts* com a percepção dos atores e dos cidadãos. No que respeita às questões de saúde/doença esta questão tem sido tratado em termos de saúde pública como “o problema da adesão”. Na verdade, devemos pensar que a avaliação do risco e a gestão que dele fazem os sujeitos envolvidos mobilizam diferentes racionalidades (Poulain, 2009, p. 284 e ss.).

Faz sentido, então, tal como foi apresentado por Poulain (*Ibidem*), analisar estas outras racionalidades, para uma discussão mais profícua dos comportamentos das pessoas perante riscos de saúde. O autor socorre-se da distinção que faziam os filósofos gregos entre racionalidade como finalidade e racionalidade como valor. A primeira é uma forma lógica que constrói uma decisão a partir das consequências previstas. Decidimos por exemplo comer isto ou aquilo, de uma maneira ou de outra, porque tal tem consequências para a nossa saúde, para a nossa silhueta, porque é bom, é bem visto (hedonismo), porque é caro ou é barato (cálculo económico), etc. Os



horizontes da finalidade são múltiplos e podem-se inscrever em escalas temporais diferentes. As consequências hedonistas (de prazer, satisfação, aceitação, gratificação) são imediatas, as consequências económicas são pensadas a curto termo, as da saúde a médio ou longo termo. A economia e o marketing, no que se refere à alimentação por exemplo, disputam na construção das decisões, fazendo aliar ao consumo de certos alimentos ideias de prazer e bem-estar imediato.<sup>36</sup>

Tendemos a considerar hoje a racionalidade como finalidade como a única forma de racionalidade. Mas é possível verificar outra forma de racionalidade – a racionalidade como valor – que consiste numa disjunção do comportamento das consequências e a encontrar uma racionalidade no comportamento por referência a um sistema de valores ou respeito por certos princípios. Por exemplo, a adoção de um regime de dieta vegetariano por valores ecológicos, a abstenção de comer carne em certas épocas do ano por motivos religiosos. Entre uma e outra racionalidade não há uma oposição, pode ser apenas uma questão de escala temporal diferente. Ou seja, as racionalidades não são mutuamente exclusivas para os indivíduos mas usadas perante situações e decisões específicas.

As sociedades modernas caracterizam-se pelo “empurrar” para a racionalidade como finalidade, que acompanha a expansão do conhecimento científico. Contudo, existe um campo de ação que os conhecimentos científicos não são capazes de explicar: os fenómenos considerados escolhas éticas, valores, constructos da sociedade (Poulain, 2009). Seguindo a argumentação de Poulain (*Ibidem*), para compreender melhor como é que as conceções de racionalidade em finalidade e racionalidade em valor se reencontram no processo de *expertise*, há que considerar as conceções de verdade. À época do renascimento dispunha-se de três modos de definir a verdade que estão em concorrência: uma “verdade por autoridade”, a verdade revelada, dos textos sagrados (tais como, por exemplo, as obras de São Tomás de Aquino); a “verdade pelo raciocínio”, relativa ao respeito pelas formas da lógica, do pensamento; a “verdade pela experiência”, verdade empírica assente na experiência prática vivida pelos sujeitos, feita de erros e tentativas e que prefigura a verdade

---

<sup>36</sup> Sobre a importância da questão económica e de marketing no que respeita à alimentação nas sociedades ocidentais, consultar Poulain (2009).

experimental futura. Estas concepções pré-científicas articulam diferentes formas de verdade.

Também Hans Joas e Wolfgang Knöbl (2010, p. 514-15) alertam que todas as teorias de ação, na economia, na política, na filosofia, na psicologia e também na sociologia (Weber, Parsons e mesmo Habermas), tomam como ponto de partida a chamada “ação racional”. Para os autores, tal facto - o pressuposto da ação racional - é um problema por duas ordens de razões. Em primeiro lugar, este modelo de ação não permite a captação da “criatividade da ação” (Joas, 2005), o ponto de partida da “ação racional”, pressupõe logo automaticamente o contraponto da não racionalidade, com o problema das categorias residuais que não podem ser colocadas nesta tipologia de ação. Em segundo lugar, o problema ainda mais básico é que a ação racional é apresentada como evidente ou um dado adquirido à partida, sem nos questionarmos sobre que assunção se fundamenta esta ideia em si mesma.

Hans Joas sublinha que todas as teorias da ação que trabalham no modelo da ação racional assumem “em primeiro lugar que o ator é capaz de uma ação intencional, em segundo lugar, que detêm o controlo sobre o seu corpo, e em terceiro lugar que é autónomo face às pessoas do seu meio e face ao seu contexto” (citado por Joas e Knöbl, 2010, p. 515). Se nos focarmos na ideia de que os atores são capazes de seguir as regras e um esquema de ação meios-fins, o que pensar se nem sempre existem fins pré-definidos? O fim da ação é muitas vezes indefinido. Hans Joas, tal como Dewey, considera sempre a indeterminação futura do fim ou objetivo: “mesmo a sacralização de um fim ou valor não esconde ao ator que, na sequência da sua definição e escolha dos meios, a possibilidade de tal fim não ocorrer não pode ser ignorada” (como referido em Joas e Knöbl, 2010, p 517).

Também Nicolas Dodier (1993) critica os modelos que se baseiam apenas no cálculo, ou no cálculo como prioritário na coordenação das ações, como forma de relação instaurada pelas pessoas face ao seu ambiente humano e não humano. Para o autor, nos horizontes temporais da ação entrelaçam-se perspetivas longitudinais de passado, presente e futuro, operações cognitivas e morais. Dodier defende que, para que se possa perceber as bases convencionais das atividades humanas, é necessário procurar estabelecer uma articulação entre modelos universais de coordenação,

formulas culturais locais e ação pragmática de ajustamento e acordos levados a cabo pelos atores face às contingências das circunstâncias específicas. Devemo-nos orientar para a observação das formas de ajustamento das pessoas em contextos específicos e face a ações concretas (Dodier, 1993, p. 65).

Os atores são dotados de recursos para coordenar estas ações. As ações detêm uma heterogeneidade interna, vão-se compondo durante a ação, vão-se coordenando. Segundo Dodier, os agentes podem desenvolver um plano estratégico da sua própria ação. Em certas circunstâncias considera-se o presente tendo em conta um horizonte futuro não imediato, consciente ou inconsciente, um horizonte estratégico (*Ibidem*).

Intelectuais franceses como Dodier, Luc Boltansky e Laurent Thevenot, desenvolvem uma sociologia pragmática, crítica do primado epistemológico do cálculo e crítica do primado epistemológico das estruturas profundas, do habitus rigidificado. Estes autores têm em consideração a *ação contingente*, situada e por relação aos valores dos atores. A sociologia pragmática ou “sociologia das capacidades críticas”, é uma abordagem teórica que emergiu em França na década de 1980 como desafio à “sociologia crítica” de Pierre Bourdieu e que progressivamente foi obtendo uma ressonância internacional tendo-se tornado uma referência chave no debate europeu.<sup>37</sup>

Boltanski (2009) detém a atenção às operações ordinárias dos “*acteurs eux-mêmes*”, além de incorporar e reconhecer o pluralismo existente (seja ele valorativo ou relativo aos modos ou regimes de agência) nos atores e no próprio mundo social, e acreditar na capacidade dos atores sociais de superar suas adversidades situadas e buscar, dentro das suas limitações, para retomar a famosa expressão de Leibniz, o *melhor dos mundos possíveis* (Corrêa, 2010).

A questão da valoração, na sua relação com a ação (e as linguagens) é crucial na sociologia pragmática desenvolvida por Luc Boltanski e Laurent Thévenot. A valoração

---

<sup>37</sup> Para uma apresentação geral e discussão da sociologia pragmática francesa, ver Bénatouïl (1999), Dodier (1993), Silber (2003), Wagner (1999) e o número especial do *European Journal of Social Theory* organizado por Blokker (2011). Para uma apresentação da investigação norte-americana e europeia acerca da sociologia da valoração e avaliação a que a sociologia pragmática francesa deu uma importante contribuição, ver Lamont (2012).

é de facto entendida como resultado de um julgamento avaliativo através do qual os agentes enquadram uma dada situação tendo em vista o desempenho “da ação apropriada” (Thévenot, 1990; Boltanski e Thévenot, 2006: 349). Este julgamento orienta o modo como estabelecem uma relação, de “implicação” (*engagement*) e de coordenação com o ambiente envolvente e resulta em atribuições de valor a seres humanos e não-humanos. A ação é desta forma entendida na sociologia pragmática como implicação e coordenação com o ambiente: a coordenação é possível se os atores partilharem o mesmo julgamento avaliativo da situação, o que depende da partilha do mesmo modo de implicação com os seres humanos e não-humanos envolvidos na situação (Centemeri & Caldas, 2013).

Segundo Joas, a questão da génese dos valores tem sido muito negligenciada desde década de 1940, embora tenha sido particularmente discutida entre o fim do século XIX e o fim da década de 1930 (Joas, 2000). Compreender o que são os valores, para Joas, tornou-se uma questão chave a partir do momento em que as explicações funcionalistas ou deterministas revelaram os seus limites.

#### **4.3. A importância do conhecimento leigo**

Os aspetos aqui considerados relativamente às ações, valores e significados atribuídos às coisas, à saúde e doença, têm sido discutidos no vasto conjunto de estudos sobre a importância do conhecimento leigo na doença. Na definição de Gareth H. Williams (2004), o conhecimento leigo refere-se às ideias e perspetivas utilizadas pelos atores sociais para interpretar as suas experiências de saúde e de doença na vida do dia-a-dia. Na sociologia médica, o conceito de conhecimento leigo surge no desenvolvimento dos estudos das crenças populares em matéria de saúde/doença.

As investigações sobre a importância das crenças surgem inicialmente tendo em vista o entendimento dos comportamentos de não adesão ou “*non-compliance*” por parte dos pacientes, o que sugeria a existência de diferenças de significação e perspetivas entre clínicos e doentes. O contributo destes estudos foi o de chamar a atenção para a importância das crenças no que se refere à doença e aplicabilidade das recomendações ou tratamentos médicos. Contudo, as crenças e valores são mais do

que apenas variáveis para o entendimento das doenças e, sobretudo, não podem ser reportadas em termos individualistas. As crenças e conhecimentos leigos sobre saúde e doença constituem representações sociais (Williams, 2004).

Neste campo, Claudine Herzlich (1973) rompeu com o individualismo metodológico muito presente no trabalho sobre as crenças, mostrando que as crenças de saúde e de doença dos indivíduos estão imbuídas, são representações, da cultura e da sociedade em que esses indivíduos vivem. Estas representações leigas sobre a doença, podendo incluir ideais e conhecimentos médicos sobre patologia e etiologia, detêm contudo uma certa autonomia cultural e abarcam uma teorização mas vasta sobre os significados da saúde e da doença por relação à sociedade.

O trabalho de Claudine Herzlich (1973) e de Augè e Herzlich (1984), forneceu a conceptualização sociológica para dois argumentos relevantes sobre os conhecimentos e crenças leigas em saúde. Em primeiro lugar, mostrou que as interpretações leigas não são “resíduos primitivos” de um pensamento pré-moderno ou pré-científico que o desenvolvimento social e do conhecimento médico tenderiam a eliminar. Pelo contrário, tais representações devem ser entendidas como corpos complexos de conhecimentos ou racionalidades contextualizadas, fundamentais para a nossa compreensão da cultura e da sociedade (Good, 2008). Em segundo lugar, o conhecimento leigo sobre saúde e doença possui duas dimensões chave para a sociologia mas também para a medicina e a política. Por um lado, contém uma abordagem empírica robusta para dar conta das contingências da vida quotidiana e do modo como os indivíduos tentam dar sentido ao mal-estar, à doença, às alterações físicas vividas no seu corpo mas também ao que é visto nos outros, na família, na comunidade. Por outro lado, as representações do conhecimento leigo demonstram uma busca de sentido que vai para além das experiências pessoais de crise provocadas pela doença mas que se ligam com os padrões de moralidade, política e cosmologia (*Ibidem*). O que revela, nos termos de Max Weber, a procura de uma compreensão tanto em termos de causas como dos significados (Williams, 2004, p. 136).



## **CAPÍTULO II**

### **DELINEAMENTO E REALIZAÇÃO DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTOS DE DADOS**

Neste capítulo apresenta-se a construção do objeto de estudo e questões de investigação estruturantes; a caracterização do local e população em estudo; a estratégia metodológica adotada (tipo de pesquisa, instrumentos e processo de recolha de informação no terreno); o processo de seleção dos participantes; a construção e aplicação dos instrumentos de recolha de informação; os procedimentos ético-metodológicos adotados. Por fim, expõe-se o trabalho de tratamentos e análise dos dados e a caracterização sociográfica dos participantes.

#### **1. Objeto de estudo e questões de investigação**

Um problema de pesquisa se concebe como uma separação consciente, que se quer superar, entre o que nós sabemos, julgado insatisfatório, e o que nós desejamos saber, julgado desejável. (Deslauriers & Kérisit, 2008, p. 132).

A preocupação, a curiosidade, a dúvida consequente da perplexidade que situações, comportamentos, atos ou qualquer outra situação social suscitam, transforma-se numa questão que se impõe ao espírito do investigador, antes mesmo que este passe à construção propriamente dita do seu objeto de pesquisa. Esta questão irá sendo transformada no decorrer do processo de investigação mas está na

origem de uma reflexão que orienta para um determinado assunto que se quer explorar.

Diversos trabalhos, produzidos pela epidemiologia, saúde pública, medicina geral e familiar e cardiologia, têm vindo a documentar a descoincidência entre os números de indivíduos afetados por doenças cardiovasculares e a implementação efetiva de mudanças de estilos de vida necessárias (DGS, 2013a; DGS, 2013b; Eurobarometer, 2014). Os médicos de família testemunham a dificuldade do sucesso das medidas de “higiene de vida” que proferem para os seus doentes (Dias *et al.*, 2011; Gascón *et al.*, 2004), pese embora a existência de uma ampla informação na sociedade portuguesa e na população utilizadora dos cuidados de saúde primários, sobre estes assuntos (Cabral, Silva & Mendes, 2002).

Enquadrada por estas reflexões, construiu-se a questão orientadora da qual se parte para a investigação: de que modo as pessoas, em regimes de controlo médico, organizam ou articulam a vigilância/controlo médico do desvio (patologia) com a normalidade das rotinas dos seus quotidianos, enraizados em contextos materiais e simbólicos particulares? Num contexto de forte medicalização, em que a medicina procede a deteções e vigilâncias alargadas de um número crescente de estados fisiológicos e indivíduos, de que forma os sujeitos sob esta vigilância normativa pensam a sua doença, como traduzem e organizam, nas suas práticas quotidianas, as interpretações e recomendações médicas sobre si? Ou, utilizando outras palavras e focalizando-nos na patologia que selecionamos - como é viver com hipertensão arterial?

O nosso interesse recaiu nas experiências de uma doença em particular, a HTA, em que as pessoas afetadas estabelecem relações de continuidade com a esfera médica, que afere e controla a patologia, não supondo, senão excecionalmente, uma quebra dos padrões quotidianos da vida dos sujeitos no que respeita ao desempenho dos seus papéis sociais, e detendo estes, ou sendo-lhes imputada a si mesmos, uma grande capacidade de, através de cumprimento de algumas regras de vida, influenciarem o curso da doença.

Tomando como população alvo doentes hipertensos sinalizados pela clínica e incluídos em sistemas de controlo médico, a consulta de HTA, entendemos estar a



estudar uma situação particularmente desafiadora e original pela particularidades da própria doença e por se tratar de uma questão de saúde, quer ao nível individual quer coletivo, particularmente grave, pelo número de pessoas afetadas e pelo facto de a hipertensão ser um importantíssimo fator de risco de doenças cardiovasculares. Por esse facto, estas pessoas são designadas de “doentes de risco” de doenças cardiovasculares, nível de risco esse medido probabilisticamente. Os hipertensos estão no estatuto de “candidatos” ou em situação de “proto-doença” face à ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC) (Saukko, 2012).

Sendo a HTA uma doença caracterizada pela relativa ausência de sintomas que sejam considerados muito perturbadores, julga-se ser particularmente pertinente perceber como é que acontece a confrontação dos doentes com diretivas clínicas que pretendem fazer assentar em si mesmos as responsabilidades pela saúde, presente e futura, através da adoção de certos comportamentos e abandono de outros, e quais as repercussões que este confronto traz aos sujeitos.

Neste trabalho, pretende-se uma contextualização das práticas e representações dos doentes com a dinâmica das interações com o sistema médico. Neste sentido, procura-se perceber como é que essa própria dinâmica funciona e é constitutiva quer das representações quer das práticas dos doentes, por um lado, mas também como é que estes mesmos atores conduzem e moldam a interação que têm com a clínica. Foi adotada uma abordagem compreensiva, de cariz metodológico qualitativo, considerando sempre a relação complexa entre estruturas e agência presente nos discursos, contextos e representações dos inquiridos.

De modo sistematizado, formularam-se questões orientadoras da investigação, que incidindo em focos distintos são, no entanto, integrantes e integradoras do objeto de estudo proposto: as interpretações que os doentes hipertensos controlados fazem da doença e da gestão de vida face às recomendações do regime médico: De que forma os doentes hipertensos organizam ou articulam o regime médico com as práticas dos quotidianos enraizados nos seus contextos materiais e simbólicos particulares? Quais as suas interpretações da doença e como é que traduzem e organizam para as suas práticas quotidianas as interpretações e recomendações médicas sobre si? O que representa a consulta de HTA, como momento de objetivação

da vigilância médica, como é que é vivida pelos doentes e de que modo os atores presentes a conduzem e moldam?

Os objetivos do trabalho são os seguintes: conhecer as experiências e percursos de doença dos hipertensos e analisar como foram e são organizados pelos sujeitos nos seus contextos e histórias de vida; compreender os modelos explicativos dos doentes referentes à HTA, às suas causas e quais as implicações para os doentes ao nível das práticas quotidianas ou alterações de vida e relação com o próprio corpo; perceber como é que os doentes hipertensos usam e conjugam a consulta de vigilância HTA, as prescrições recebidas do regime médico, com as suas representações, experiências de doença, práticas e contextos de vida específicos.

## **2. Campo de recolha de dados**

O campo empírico do trabalho de investigação teve lugar numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) da cidade de Coimbra, concretamente na sede dessa Unidade, o Centro de Saúde (CS). O CS em causa foi deliberadamente escolhido por conveniência de acesso mas também porque, devido à sua situação geográfica, numa zona limiar da cidade, onde se situa agora um conjunto de infraestruturas e habitações novas ocupadas por uma população mais jovem predominantemente trabalhadora dos serviços terciários da cidade, mas simultaneamente com um contexto bastante rural, com uma população idosa, tradicionalmente ocupada com atividade agrícola e/ou em sectores de alguma indústria local. Este CS, situado na zona norte da cidade, possui um conjunto de extensões numa área predominantemente rural. O número de residentes na área de abrangência da UCSP é de 25787 habitantes, sendo a freguesia onde se insere a que possui mais habitantes.

Além da UCSP, a população residente tem ao dispor várias instituições e serviços de saúde integrantes do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra), Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE, duas maternidades e duas farmácias em proximidade.

As distâncias reduzidas e a fácil mobilidade entre os vários espaços da cidade fazem com que se possa explicar que, se por um lado, habitantes da área de abrangência deste Centro de Saúde não se encontram inscritos no Centro, por outro, pessoas residentes noutras zonas da cidade são utentes desta Unidade. Por todas estas razões, os utentes do CS em causa são uma população com características muito diversas.

Dentro do CS selecionado, o trabalho foi realizado com uma equipa específica que, num processo iniciado em 2009, apresentou uma candidatura a Unidade de Saúde Familiar (USF). Homologada pelo ACES Baixo Mondego I, em 12 de janeiro de 2012, a equipa veio-se a constituir como USF no final de maio de 2013, ficando a prestar assistência médica a um total de 9 mil utentes.<sup>38</sup>

O CS possui instalações modernas, com boas infraestruturas, inaugurado em 2005, com um desenho em U, ou seja, tendo dois módulos, em que só um era ocupado com atendimento.<sup>39</sup> O trabalho foi realizado em cooperação com uma equipa multidisciplinar de cinco médicos (mais quatro médicos internos) e igual número de enfermeiros e quatro assistentes técnicos e com a nutricionista. Previamente, foi pedido e obtido o consentimento para a realização da recolha dos dados junto da Administração Regional de Saúde Centro, I.P., e foi dado o devido conhecimento e tida a autorização da Direção do CS.

Desde de 2005 que existe neste CS consulta de risco cardiovascular, a ser realizada em equipa de médico e enfermeira, *“incidindo na informação aos doentes das medidas necessárias ao conhecimento de características inculcadas no corpo pela HTA, diabetes, obesidade, dislipidémias e outras situações associadas ao risco-cardiovascular”* (médico família do CS, entrevista informal).

Em 2012, o CS tinha 18524 utentes inscritos dos quais 4374 pessoas com HTA sem complicações e 2013 utentes com HTA com complicações. Ou seja, 34, 5% dos

---

<sup>38</sup> Sobre a reforma dos Cuidados de Saúde Primários que contextualizam estas mudanças, consultar André Rosa Biscaia (2006) e André Rosa Biscaia *et al.* (2008). Sobre uma perspetiva sociológica sobre a organização e corpos profissionais do CS e das USF, ver Lurdes Teixeira (2012).

<sup>39</sup> Após a instalação da USF a mesma ficou sediada no espaço que estes clínicos já ocupavam tendo então apenas sido separados os módulos funcionando à direita a USF e à esquerda a UCSP/CS.

utentes do CS eram hipertensos e desses, 23,6% hipertensos com complicações. No caso específico de um dos médicos de família que acompanhamos mais de perto, em 2012 tinha 1886 utentes inscritos tendo 304 utentes com HTA sem complicações e 277 com complicações. Ou seja, 30,8% dos seus doentes eram hipertensos, 16,1% sem complicações e 14,7% com complicações, entendendo por doentes hipertensos com complicações as situações em que a pessoa tem outras patologias associadas que interferem na sua condição clínica.

### **3. Estratégia metodológica**

#### **3.1. A pesquisa qualitativa**

O trabalho de investigação assentou numa pesquisa de cariz qualitativo. Este tipo de pesquisa é vocacionado para o estudo do que é quotidiano e do sentido de ação que os sujeitos imprimem aos seus contextos e práticas. Tal como foi há muito preconizado por Max Weber, a análise sociológica deve estar centrada no sentido que lhe é dado pelos atores que orientam os seus comportamentos num contexto de racionalidades variadas em interação com os outros e face a contextos ou “sistemas de ação” precisos. É neste sentido que as metodologias compreensivas são, para os fins previstos, as mais adequadas, sendo as suas vantagens de várias ordens: “de ordem epistemológica, na medida em que os atores são considerados indispensáveis para entender os comportamentos sociais; de ordem ética e política, pois permitem aprofundar as contradições e os dilemas que atravessam a sociedade concreta; e de ordem metodológica, como instrumento privilegiado de análise e de experiências de ação” (Guerra, 2012, p. 10).

A pesquisa qualitativa é utilizada para descrever uma situação social circunscrita, ou para explorar e explicar determinadas questões, que dificilmente, o pesquisador consegue abordar com métodos quantitativos. Uma pesquisa qualitativa permite uma maior familiaridade com as pessoas e suas preocupações, analisando os mecanismos e os atores (o “como” e o quê dos fenómenos) e fornece informações contextuais que poderão servir de base a outras pesquisas futuras. A pesquisa

qualitativa dá conta das preocupações dos atores sociais, tais quais elas são vividas no cotidiano, com questões e objetos comuns da existência ordinária como, por exemplo, as rotinas alimentares, ou os momentos da consulta. A ênfase recai nos lugares e contextos em que a relação social toma forma.

Privilegia-se o vivido dos atores. O objeto por excelência da pesquisa qualitativa é a ação interpretada, simultaneamente pelo investigador e pelos sujeitos da pesquisa, a importância da linguagem e dos conceitos que dão conta tanto do objeto “vivido” como do “objeto interpretado/analizado”. Entra-se no domínio de um interacionismo interpretativo em que se pretende explorar as experiências dos indivíduos contextualizados em políticas médicas de vigilância.

### **3.2. Os instrumentos de recolha de informação**

A estratégia metodológica seguida sustentou-se na diversificação dos instrumentos de recolha de informação: revisão e exploração de literatura diversa (o investigador teve de recorrer também a textos que não pertencem ao corpus científico próprio do seu domínio de investigação); realização de entrevistas; trabalho etnográfico de observação direta da consulta de HTA e do CS.

#### ***A revisão bibliográfica***

Todo o trabalho de leituras diversas permitiu adquirir os conhecimentos topológicos básicos, conhecer a história do objeto pesquisado, a sua ideologia. Mas o grande volume de leituras e aprofundamento teórico ocorreu na teoria sociológica, antropologia, filosofia médica e literatura produzida no âmbito dos estudos sociais aplicados à ciência, saúde, corpo e medicina.

A revisão bibliográfica desempenha na análise qualitativa um papel ao mesmo tempo estratégico e teórico. Ajuda a formular uma explicação tanto durante a recolha dos dados, como na sua análise, permitindo esclarecer e avaliar os dados, assim como estabelecer as ligações entre eles, em diferentes momentos. À medida que progride a teorização enraizada, a revisão bibliográfica fornece as construções teóricas,

categorias e propriedades que servem para organizar os dados e descobrir novas relações entre a teoria e o mundo real (Guerra, 2012). A revisão bibliográfica também revela homologias estruturais entre campos de pesquisa diferentes.

### ***As entrevistas aos doentes hipertensos***

Para poder aceder a informações que dessem respostas às questões colocadas ter-se-ia de ouvir os doentes hipertensos controlados. Queremos saber as suas histórias, como pensam a sua doença, como lidam com ela, que diferenças se encontram nas suas interpretações face às interpretações médicas. Queremos ouvir a sua “versão da história”, as suas narrativas. A metodologia central do trabalho assenta, por isso, numa metodologia baseada na recolha de narrativas de doença.

O uso de narrativas pessoais no âmbito de estudos sobre a saúde e doença tem sido crescentemente legitimado na medida em que permite que os indivíduos atribuam sentido aos seus sintomas e à sua doença através das histórias contadas na primeira pessoa, num registo semiestruturado que lhe confere liberdade na organização do seu discurso (Groleau, Young & Kirmayer, 2006). As narrativas de saúde e de doença têm uma vasta utilização na área da sociologia (Brown, 1977), antropologia (Good, 2008) e psicologia transcultural (Craig, Chase & Lama, 2010; Groleau, Young & Kirmayer, 2006).

O instrumento metodológico escolhido para a recolha das narrativas é a entrevista. Enquanto técnica de recolha de informação, a entrevista permite decompor aprofundadamente o “sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p. 193), contribuindo para uma melhor compreensão dos relatos dos vários atores sociais envolvidos bem como das suas subjetividades.

### ***O guião de entrevista***

O instrumento principal da recolha de dados junto dos doentes hipertensos foi um guião de entrevista construído com base numa versão adaptada da McGill Illness Narrative Interview (MINI) (Groleau, Young & Kirmayer, 2006). O MINI é um

instrumento metodológico de recolha de informação qualitativa centrado nas narrativas pessoais de experiência de doença. Criado na Universidade de McGill Illness, no Canadá, por Danielle Groleau, Allan Young e Laurence J. Kirmayer no âmbito de investigação na área da saúde mental, foi sendo objeto de adaptações a diferentes contextos e problemas de saúde. Trata-se portanto de um guião de entrevista especialmente desenvolvido para a recolha de narrativas pessoais de experiências de doença no âmbito dos estudos sociológicos e antropológicos (*Ibidem*).

Em Portugal, este guião foi já adaptado e aplicado em pesquisas sobre o conhecimento em matéria de saúde-doença, em alguns projetos de investigação sociológica, nomeadamente no âmbito do Programa Harvard Medical School-Portugal (Nunes, Barradas & Queirós, 2012; Queirós, 2013).

O MINI emerge de “modelos particulares de construção de narrativas e das conceções sobre a relação entre o eu e os outros, causa e efeito” (Groleau, Young & Kirmayer, 2006). A sua estrutura integra um núcleo de módulos cujas questões visam suscitar a construção de uma narrativa de experiência em relação a uma determinada doença. Assim, inicia-se a entrevista com um módulo exploratório e aberto, de forma a permitir que os entrevistados narrem a sua experiência, recorrendo ao seu vocabulário, recursos expressivos e sequência temporal. Os restantes módulos são mais estruturados, compostos por conjuntos de questões que permitem uma exploração mais detalhada: das formas como os indivíduos atribuem sentido aos seus estados de saúde e doença; dos modos como a hipertensão arterial afeta as suas vidas; da relação que vão tendo com a informação médica; das suas experiências e envolvimento com os serviços e profissionais de saúde.

A estrutura do guião elaborado para as entrevistas realizadas aos doentes hipertensos (Apêndice I) integra os seguintes momentos:

- I. Narrativa exploratória: levantamento de uma narrativa exploratória com base na experiência de saúde e doença do entrevistado. É solicitado ao entrevistado que narre a sua história pessoal, com recurso aos seus próprios termos, procurando recuperar a sua memória relativa ao momento em que descobriu que tinha hipertensão. Pretende-se reconstruir a trajetória e perceber que mecanismos de apoio foram ativados. As perguntas são

introdutórias, procura-se colher as narrativas de organização dos acontecimentos em termos temporais e espaciais.

- II. Narrativa protótipo: exploração da forma como as experiências pessoais podem ser conceptualizadas através da identificação de semelhanças baseadas na experiência de familiares ou outros casos conhecidos, seja através das redes de relações pessoais ou de meios de comunicação social. Questões mais estruturadas (pensamento analógico).
- III. Narrativa explicativa: pretende-se compreender os modelos explicativos pessoais, através da atribuição de causas para o despoletar da doença num determinado momento da vida, a construção de raciocínios lógicos relativos ao surgimento da doença e as expectativas em relação ao tratamento. Relações de causalidade, reconhecimento de uma abordagem “popular” e interpretações leigas da doença.
- IV. Serviços médicos e respostas ao tratamento: este módulo permite observar como as pessoas narram e apreendem o encontro clínico, quer numa situação específica de atribuição de diagnóstico de hipertensão, quer no acompanhamento posterior relativo ao tratamento e vigilância da doença. O relato do encontro clínico é especialmente importante para perceber como a linguagem médica é entendida e como são compreendidas as terapêuticas recomendadas, tendo em conta a necessidade diária de autogestão da doença; explora a relação com a esfera médica;
- V. Impactos na vida da pessoa: pretende-se saber se e como os sujeitos associam a hipertensão a algum tipo de alteração na sua vida pessoal e na interação com os outros. Esta é uma secção particularmente importante, na medida em que no caso da hipertensão, dada a sua natureza crónica e a forte ligação com rotinas do quotidiano tais como a alimentação e exercício físico, as recomendações médicas apontam para mudanças ou adaptações que poderão levar a pessoa a uma decisão de alteração das suas práticas. Tal não deixa nunca de implicar um necessário “trabalho sobre si” do sujeito, pode envolver outras pessoas e/ou elementos, tais como familiares, colegas de



trabalho, originando alterações na forma como o sujeito se vê a si próprio, no modo de pensar sobre si e sobre os estilos de vida.

A estrutura do guião serviu apenas de referência geral para as questões, sendo estas adaptadas aos discursos do próprio doente e durante a continuidade do trabalho de investigação.

O trabalho de adequação do guião MINI envolveu a realização de entrevistas exploratórias informais a doentes, a clínicos e a investigadores e agentes institucionais, no sentido de melhorar as questões de acordo com a realidade dos doentes hipertensos em situação de vigilância médica que nos propúnhamos questionar. Foram realizadas entrevistas exploratórias informais a dois elementos da ARS Centro, I.P. ligados ao Departamento de Saúde Pública e Planeamento, a dois médicos de clínica geral, a um médico cardiologista, a duas enfermeiras e dois doentes hipertensos, com o intuito de perceber melhor a realidade e contextualização das ações médicas e as preocupações e rotinas dos doentes. Esta foi uma opção metodológica muito útil, sendo reconhecidas as vantagens do seu uso (Quivy e Campenhoudt, 1998).

O trabalho de adequação do guião procurou de forma sistemática atender às características da doença, à centralidade da sua compreensão pelo doente e da gestão das práticas quotidianas, vigilância e autocontrolo que a mesma requer. Posteriormente, procurou-se junto destas pessoas averiguar da exequibilidade do guião, tendo sido feito um pré-teste do mesmo a duas pessoas com hipertensão.

O MINI, devidamente adaptado, é um instrumento de pesquisa qualitativa bastante maleável, permitindo um maior controlo dos temas a abordar sem prejuízo da riqueza e detalhe de informação pretendidos. No que diz respeito às suas potencialidades, a composição e estrutura do guião confere-lhe uma notável capacidade para aceder a uma caracterização detalhada daquilo que, em termos de saúde, conta como sendo relevante para os sujeitos. Permite, ainda, aceder aos padrões de descrição e explicação da doença, vocabulários e expressões usados pelos próprios para descrever os seus problemas de saúde e compreender as mudanças que estes suscitam na esfera do trabalho, familiar e pessoal, entre outras. Criou-se assim um guião de entrevista em profundidade para a recolha de informação em primeira mão que permite os atores falarem das suas experiências personalizadas.

### ***A entrevista aos doentes pós consulta HTA***

A consulta de HTA é o momento por excelência de encontro dos doentes com o regime médico. Interessa-nos perceber como se estrutura este momento de interação com o médico, saber como os doentes usam, o que pensam, como interpretam a consulta e o conteúdo da mesma. Embora o guião das entrevistas em profundidade já contemplasse questões relativas ao encontro médico e à consulta, no decorrer do trabalho entendemos que recolher os discursos dos doentes no seguimento da mesma, conjuntamente com a observação direta da consulta, aprofundaria o nosso conhecimento da relação dos doentes com o regime médico. Por essa razão, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, de respostas breves, aos doentes no imediato pós consulta, com base no guião apresentado no Apêndice II.

Com este guião, quisemos conhecer as “imagens” e as ideias que os doentes constroem sobre a consulta HTA. Sendo esta consulta um procedimento de rotina institucionalizado, com fins bem definidos de controlo e manutenção dos doentes hipertensos, qual seria o sentido que os doentes lhe atribuíam? Como a usam? Que posição assumem enquanto consulentes?

O guião foi estruturado em partes diferenciadas mas sem a preocupação de que no decorrer das entrevistas todos os tópicos fossem exaustivamente, ou de forma ordenada, enunciados. Também nesta entrevista se privilegiou o discurso livre dos doentes. No que respeita à comunicação/ambiente relacional, pretendeu-se conhecer o sentir dos doentes sobre as relações no gabinete de consulta e face a equipa médica e obter o seu relato dos acontecimentos na consulta. Visto que as relações não sucedem num vazio espaço-temporal, a perceção sobre o ambiente físico e duração da consulta é também questionada. Por último, foi contemplada a recolha das interpretações/apropriações das informações que ocorreram na consulta. Neste ponto, quis-se saber sobre as mensagens retidas pelos consulentes mas também as suas intenções de execução das diretivas médicas e também saber o que os doentes pensam ou acham da consulta HTA.

A realização destas entrevistas revelou-se, de facto, importante, porque aqui não se obtiveram depoimentos fragmentados baseados numa memória distanciada do

que foi a consulta, como sucede nas entrevistas mais aprofundadas, mas discursos assentes numa experiência vivida no imediato, numa situação concreta e presente. Por outro lado, esta recolha dos discursos dos consulentes trouxe a visão destes sobre uma medida de política médica que visa o controlo de HTA assente na sinalização e vigilância dos sujeitos sinalizados como hipertensos crónicos.

### ***O trabalho etnográfico***

De um modo geral, a observação dos fenómenos, qualquer que seja a sua natureza, constitui o núcleo de todo o procedimento científico. A observação é uma condição primeira da construção do saber nas ciências sociais.<sup>40</sup> Estando conscientes da impossibilidade de um total distanciamento entre observador e observado, de que a observação e descrição do observado é sempre também uma leitura, uma seleção, um olhar de quem investiga, não assumindo um apego total a um qualquer princípio positivista radical de objetividade, a observação realizada, com consciência do atrás enunciado, tem como objetivo a captação, de uma forma o mais aproximada possível do sucedido.

Deve-se a Hughes a expressão “observação *in situ*”, ou “observação direta”, para significar o estudo das ações coletivas e dos processos sociais por meio de interações diretas (Jaccoud & Mayer, 2008, p. 254). A observação direta está já em todo o trabalho de campo (*field work* ou *field research*).<sup>41</sup> A observação, enquanto procedimento de pesquisa qualitativa, implica a atividade de um pesquisador que observa pessoalmente e de maneira prolongada situações e comportamentos pelos quais se interessa, sem reduzir a conhecê-los somente por meio de categorias utilizadas por aqueles que vivem essas situações. Ressalva-se, contudo, a importância

---

<sup>40</sup> Augusto Comte afirmava, no *Cours de Philosophie Positive* (1830-1842), que “a observação dos factos é a única base sólida dos conhecimentos”, os factos sociais devem ser considerados como “sujeitos de observação”, mais do que como “sujeitos de admiração ou de crítica” (como referido em Jaccoud & Mayer, 2008, p. 254).

<sup>41</sup> A observação constitui uma abordagem situada na interseção da tradição antropológica com a sociologia. Por volta dos anos 20, os Sociólogos da Escola de Chicago utilizam a observação direta para estudar o meio urbano criando uma “etnossociologia” que originará inúmeras monografias de etnografia urbana (Jaccoud & Mayer, 2008).

orientadora da teoria e leituras exploratórias que sustentam e orientam uma boa observação:

Se o observador não tem o objetivo de responder a uma ou várias questões pertinentes e claramente formuladas, será em vão observar longa e atentamente um fenómeno, um objeto, pois eles não terão nem sentido, nem valor para o conhecimento científico (Angers citado por Jaccoud & Mayer, 2008, p. 262).

Trata-se de uma técnica direta, já que há um contacto com os informantes, trata-se também de uma observação não-dirigida, na medida em que a observação da realidade é objetivo final e o observador não intervém na situação observada. Integra a análise qualitativa, uma vez que a descrição e compreensão da situação são feitas com as anotações registadas. A observação direta das interações, cuja significação não é determinada previamente, é um instrumento valioso para sua apreensão.

A observação direta, parte de uma abordagem etnográfica mais abrangente, requer que o investigador adote uma atitude de grande reflexividade e atitude crítica. A reflexividade é entendida como a capacidade do investigador em explicitar o seu próprio procedimento.

A escolha do local ou da situação a pesquisar depende dos objetivos teóricos da investigação mas também de considerações sociais e práticas. A observação foi desenvolvida em determinado CS pelas razões já enunciadas. Aí encontrou-se disponibilidade para a observação dos ambientes na sala de espera, nos corredores, as diversas interações e, o mais importante, a observação direta da consulta de HTA.

No trabalho de observação impõe-se um questionamento anterior à inserção no meio, o que foi feito seguindo um quadro geral para a observação composto por cinco eixos de observação (Jaccoud & Mayer, 2008): Onde estamos? Descrição do local, dos objetos, do ambiente; Quem são os participantes? Descrição dos participantes, o seu nome, a sua função, as suas características, etc.; Porque é que os participantes estão aí? Descrição das finalidades e dos objetivos, as razões formais ou oficiais da sua presença no local, os outros motivos, etc.; O que se passa? Descrição da ação (os gestos, os discursos, as interações, etc.); O que se repete e desde quando? É a descrição da duração e da frequência.

Esta sistematização revelou-se de grande utilidade, servindo de fio condutor da observação e de registo no diário de campo elaborado, ajudando a evitar a distração do foco dos objetivos da pesquisa, dando coerência e afinando o olhar.

O modo escolhido para a inserção no local de observação foi o da visibilidade e passividade, com uma presença o mais discreta possível, numa posição de total neutralidade. Foi dito aos participantes quem era o investigador e o objetivo da sua presença e sempre pedida permissão para a presença e trabalho de observação.

A observação direta e o respetivo registo etnográfico em diário de campo ocorreram ao longo do tempo no terreno, de outubro de 2012 a fevereiro de 2013. Seguiram-se os princípios reconhecidos para um bom registo etnográfico: o *princípio do registo literal* (deve-se cuidar para que as anotações sejam literalmente conformes ao que foi dito); o *princípio do concreto* (toda a descrição da situação observada deve ser feita em termos concretos e remetendo a ações ou parcelas de ações precisas); o *princípio do relatório ampliado* (o etnógrafo deve procurar enriquecer o seu relatório condensado, acrescentando nele os detalhes, os comentários, os elementos do contexto particulares); e por fim, o *princípio do jornal diário* (no final de cada dia de trabalho anotar as experiências, impressões, ideias, reflexões, receios, erros, evolução, das suas relações com os observados e o seu meio) (Jaccoud & Mayer, 2008).

De salientar a importância do esforço de memorização e anotação. É preciso anotar tão rápido quanto possível e de forma o mais completa possível. Este facto revelou-se bastante importante aquando da observação da consulta. Também todo o ambiente vivido nos corredores do CS é muito rico em interações com atores diversos, diálogos, símbolos, gestos e objetos carregados de sentido.

### ***A observação direta da consulta***

Os atores sociais têm, em geral, um conhecimento e uma experiência que eles não podem sempre exprimir satisfatoriamente, daí resultando o risco de deformação e de simplificação. Além disso, a perspetiva dos atores não pode ser determinada simplesmente perguntando-lhes o que eles fazem. Desse modo, obtém-se mais uma perspetiva da ação (tornar o sistema significativo para o outro) e menos a perspetiva

na ação (tornar a ação significativa para os próprios atores, ou para outros atores tomados na mesma situação). Por estes motivos, a observação direta da consulta surge como essencial para a investigação uma vez que só aí se pode olhar para as interações e assim ir além do relato particular dos doentes.

A observação direta da consulta orientou-se pelos princípios de observação e registo acima apontados. Foi realizada observação direta de um total de seis consultas. Os momentos de observação foram previamente acordados com o médico. A presença da investigadora foi anunciada aos estagiários e a cada doente que acedia ao consultório, sendo sempre pedida a autorização aos mesmos para esta presença no consultório.

A negociação *in situ* dos vários momentos de investigação faz parte das estratégias de pesquisa, possibilitando uma colheita de dados mais ampla, mais honesta e mais profunda. Sem esta negociação, através do diálogo, com os médicos, com o pessoal administrativo e com os utentes, todo o acesso à informação teria sido muito menos rico. Foram combinados momentos de encontro, horários em que a presença para as entrevistas ou para a observação fossem possíveis, a telefonista do CS, por exemplo, dispôs-se a ser portadora de troca de mensagens, etc. A negociação permitiu conseguir uma relação de grande acessibilidade aos informantes, privilegiando a sua confiança e à vontade.

#### **4. Processo de amostragem e recolha de dados**

O trabalho de recolha de narrativas junto de doentes hipertensos foi realizado, na população dos utentes inscritos em consulta de hipertensão arterial no CS. Estes utentes integram, por isso, o que se designa de casos de hipertensão controlada.

Foram realizadas 41 entrevistas. Trinta entrevistas em profundidade semiestruturadas a utentes da consulta há um ou mais anos, e 11 entrevistas breves no seguimento da realização da consulta, respeitando todos os procedimentos e princípios éticos de investigação. Foi feita observação direta de seis consultas, diário de campo, entrevistas exploratórias a informadores privilegiados e análise documental.

#### 4.1. A seleção dos participantes

As pesquisas qualitativas constituem o seu *corpus* empírico de uma maneira não-probabilística (Pires, 2008). A amostra não se constitui ao acaso mas sim em função das características precisas que o investigador quer analisar. Foram excluídos da amostra para as entrevistas em profundidade os utentes da consulta HTA com menos de um ano de inscrição, considerando que nos interessava recolher experiências de doença passíveis de um pensamento reflexivo e narrativas sobre a vida com a doença, e utentes com grandes dificuldades de expressão oral, auditiva ou cognitiva. Procedeu-se, portanto, a uma amostra intencional, assegurando a diversidade e representativa da população em causa.

Os participantes para as entrevistas foram selecionados tendo por base os seguintes critérios de inclusão: ser utente em consulta há um ou mais anos; ter capacidades de entendimento e verbalização das repostas; aceitar responder. A amostra pretendida teria também de ser representativa da variação da população em termos de sexo, idade, duração da doença, situação e experiências diferentes de doença (situações de HTA com complicações acrescidas, experiência de AVC, ou sem complicações). Pretendeu-se assim uma amostra por contraste, isto é, em que diversas situações estivessem presentes (Pires, 2008), recolhendo depoimentos até satisfeito o princípio de saturação e tempo estabelecido para a recolha das narrativas.

A própria opção metodológica de utilização do guião de entrevista no modelo MINI, aconselha a que se recorra a um procedimento designado *sampling for range* (Small, 2009). Na escolha dos elementos a inquirir há uma intenção de seleção deliberada de conjuntos de casos, caracterizados a partir da diversidade que revelam. Deste modo, fica assegurada a representatividade dos vários estados clínicos dos doentes, trajetórias, perfis sociais. A amostra é, portanto, constituída a partir dos critérios de diversificação, em função de variáveis que, hipoteticamente, são estratégicas para obter exemplos da maior diversidade possível das atitudes pressupostas em relação ao tema pesquisado (Pires, 2008).

Considerando que se procura recolher experiências de vida com HTA e compreender a relação destas pessoas com o sistema de vigilância clínica, e porque a

consulta de HTA “obriga” a uma presença da pessoa à consulta trimestral ou semestral, entendeu-se estabelecer como critério de exclusão os utentes da consulta inscritos há menos de um ano. Assegura-se, assim, que todos os participantes já tiveram pelo menos dois encontros em consulta específica de HTA.

A capacidade de entendimento e verbalização é um critério de inclusão importante porque o método de recolha de dados consistiu na entrevista com gravação, o que só poderia ser executado com participantes que revelassem essas capacidades e porque estando perante uma população envelhecida com multipatologias, nomeadamente sequelas de AVC, teria de se providenciar para que os informantes dispusessem destas condições.

Considerando que o tempo de duração da doença, as situação e experiências diferentes de doença, nomeadamente o ter sucedido um AVC, existirem outras patologias associadas ou não, podem interferir com o modo como os doentes pensam e lidam com a HTA e com a sua própria relação com o regime médico, seria importante conseguir diversificar os testemunhos recolhidos abarcando as diversas situações na doença vividas pelos entrevistados.

Indicados os princípios de diversidade e exclusão a respeitar na seleção da amostra, solicitou-se a colaboração dos médicos de família para que, a partir das suas listas de utentes da consulta HTA, seleccionassem possíveis entrevistados. Só com a colaboração dos médicos de família responsáveis por esta consulta se tornava possível assegurar a possibilidade de inclusão dos vários perfis de utentes hipertensos.

Daqui resultou uma lista inicial de 42 utentes, com indicação de sexo, idade, ocorrência de AVC, HTA com ou sem complicações e número de telefone de contato do consulente. Por dificuldade no acesso aos doentes, esta lista foi rapidamente acrescida de mais 12 contatos. Resultou assim uma população acessível de 54 doentes.

A partir desta lista, foi realizado pela investigadora um contato telefónico, no qual era feita uma breve apresentação, identificação básica da finalidade do estudo, quem o realizava e para quê. Acedendo ao conceder da entrevista, foi deixado à consideração das pessoas o local da realização da mesma, no domicílio dos entrevistados ou em gabinete disponibilizado no CS para o efeito, numa ala autónoma



à das consultas. Duas entrevistas foram realizadas no domicílio dos doentes, uma entrevista foi realizada em gabinete no local de trabalho da entrevistadora por razões de oportunidade para o entrevistado, tendo tido as restantes lugar no espaço indicado no CS selecionado no estudo.

Algumas dificuldades e questões se foram levantando no processo de acesso aos participantes. Assim que iniciamos os contatos telefónicos, rapidamente nos demos conta daquilo que é reconhecido pelas próprias unidades de saúde como “o problema” da desatualização dos dados dos utentes. Deparamo-nos com o facto dos números de telefone dos utentes da nossa lista, na sua maioria números de telefones fixos, já não existirem ou serem inválidos. Esta foi a primeira e uma grande dificuldade para o contato com os doentes, levando a que um grande número de contatos não chegasse a ser realizado. Dois dos doentes a serem contactados haviam falecido. Houve alguns casos (cinco pessoas) que não quiseram participar, apontando razões como a falta de disponibilidade, não se encontrarem em Coimbra ou estarem doentes. Houve também situações de marcações que foram realizadas e às quais os participantes não compareceram tendo de ser feita nova marcação ou contato com outro doente.

Para a entrevista pós consulta HTA recolhemos uma amostra aleatória entre os doentes consultados, salvaguardando os critérios de capacitação e disponibilidade para a entrevista.

#### **4.2. A realização das entrevistas**

Após o processo de construção dos instrumentos de recolha de dados e de seleção da amostra, a recolha de dados junto dos utentes da consulta de HTA ocorreu entre o dia 3 de dezembro de 2012 até finais de janeiro de 2013. O trabalho de realização de entrevistas foi muito intensivo. Neste período de tempo, realizaram-se todas as entrevistas (30 entrevistas em profundidade e 11 entrevistas pós consulta HTA).

Os Quadros 1 e 2 apresentam, de forma sistematizada, os procedimentos relativos às recolhas de dados por entrevistas aos doentes hipertensos.

**QUADRO 1**  
**Procedimentos da investigação: entrevistas aos doentes**

Centro de saúde	Consulta HTA	Utentes inscritos
<b>Critérios</b>	<p>Critérios de inclusão:</p> <p>Ser utente da consulta HTA há pelo menos um ano.</p> <p>Capacidade de entendimento e verbalização.</p>	<p>Critérios de exclusão:</p> <p>Incapacidade de entendimento e/ou verbalização.</p> <p>Não querer participar.</p>
<b>Seleção da amostra</b>	Os potenciais participantes foram escolhidos a partir de uma lista com indicação do sexo, idade, tempo de doença, HTA com ou sem complicações.	<p>A amostra desejada seria composta por:</p> <p>Homens e mulheres</p> <p>Diferentes grupos etários e perfis sociais.</p> <p>Diferentes condições de saúde e tempos de doença.</p>
<b>Informação/ consentimento</b>	Foi feito um primeiro contato por telefone e, acedendo a realizar a entrevista, a mesma foi marcada.	Os participantes foram informados verbalmente e por escrito e deram o seu consentimento para a entrevista e gravação áudio.
<b>Resultados/ desistências</b>	A lista tinha 54 indivíduos. Foram contactados 42, e 30 decidiram participar.	<p>Motivos de não participação:</p> <p>Contatos que nunca foram possíveis de fazer.</p> <p>Falecimento de utentes.</p> <p>Falta de tempo / disponibilidade.</p> <p>A presente situação na vida da pessoa torna difícil a participação (doença, tomar conta de familiares)</p> <p>Não reconhecimento da pessoa como hipertenso ou utente da consulta HTA.</p> <p>Não querer participar</p>
<b>Entrevistas</b>	Todas conduzidas pela investigadora em sala disponibilizada pelo CS, numa ala autónoma dos consultórios médicos e de enfermagem, em casa dos inquiridos ou outro, consoante a vontade destes e em hora acordada.	Gravadas digitalmente, com duração entre 35 a 110 min. (na maioria entre 40 a 60 min.) e com transcrição integral.

No Quadro 1, expõem-se os procedimentos de investigação levados a cabo para a seleção dos participantes na entrevista aos doentes hipertensos inscritos na consulta HTA. São apresentados os critérios de inclusão e exclusão dos entrevistados, da amostra, as medidas tomadas tendo em vista um consentimento informado dos doentes, os resultados e desistências no processo de seleção e o modo como decorreram as entrevistas. As mesmas informações são prestadas em relação aos procedimentos para as entrevistas realizadas no pós consulta (Quadro 2).

**QUADRO 2**  
**Procedimentos da investigação: entrevista pós consulta HTA**

<b>Centro de saúde</b>	<b>Consulta HTA</b>	<b>Utentes que compareceram à consulta.</b>
<b>Critérios de inclusão</b>	Critérios de inclusão: Ter terminado de ter consulta Capacidade de entendimento e verbalização.	Critérios de exclusão: Incapacidade de entendimento e/ou verbalização. Não querer participar
<b>Seleção da amostra</b>	Realizada de modo aleatório nos dias/horas de consulta HTA, à saída da mesma.	Uma vez saturada a informação, sessou-se a angariação de participantes.
<b>Informação/consentimento</b>	Os participantes foram informados verbalmente e por escrito e deram o seu consentimento para a entrevista e gravação áudio.	
<b>Resultados-desistências</b>	Em cinco manhãs de consulta, 11 doentes aceitaram participar.	Motivos de não participação: Não estarem a contar. Não ter tempo / disponibilidade.
<b>Entrevistas</b>	Todas conduzidas pela investigadora em sala disponibilizada pelo CS, numa ala autónoma dos consultórios médicos e de enfermagem.	Gravadas digitalmente, com duração entre 15 a 50 min. (na maioria entre 15 a 25min.) e com transcrição integral.

Todos estes procedimentos foram, ao longo do trabalho, sendo analisados, discutidos e validados por peritos do campo profissional da medicina familiar e da sociologia, por forma a que a investigadora assegurasse um conjunto de opiniões e sugestões de trabalho, corrigindo, se necessário, erros detetados ou evitando-os.

#### **4.3. Procedimentos ético-metodológicos**

Todos os procedimentos de pesquisa foram levados a cabo em estrito respeito pelos princípios éticos de investigação. O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética da ARS Centro, I.P. e a sua realização autorizada pela Direção do CS.

Em cada situação de entrevista, o participante foi informado verbalmente sobre a identidade e idoneidade da investigadora, assunto e finalidades da pesquisa. Foi-lhe entregue uma folha informativa (Apêndice III) e pedido que lesse e assinasse uma declaração de consentimento informado para a realização da entrevista (Apêndice IV). Só após a pessoa devidamente informada e obtido o seu consentimento se deu início à entrevista. O mesmo procedimento foi feito com as entrevistas pós consulta HTA.

Quer a folha informativa quer a declaração de consentimento informado foram elaboradas com base nos formulários e modelos apresentados no Código Ético para a Sociologia da The British Sociological Association (2002) e segundo as regras da International Sociological Association (2001). Também a Associação Portuguesa de Sociologia, no seu Código Deontológico, expressa os princípios da voluntariedade de fornecimento de informação por parte dos indivíduos, populações e instituições, a salvaguarda do direito das pessoas à privacidade e ao anonimato, bem como o respeito pela confidencialidade de informações e resultados, e que “nos processos de recolha de informação, os sociólogos devem ter o cuidado de explicitar junto dos informantes a sua identidade profissional, tal como a natureza, objetivos, procedimentos e enquadramentos institucional dos trabalhos que realizam” (APS, 2008).

A utilização destes documentos e os cuidados éticos necessários na prática de investigação sociológica e outras, não tornam possível, contudo, assegurar de forma completa ou total a concretização da ideia de “consentimento informado”. A figura do

consentimento informado e a sua aplicação nas investigações em ciências sociais e outras tem sido discutida por alguns autores (Dingwall, 1980; Ribeiro, 2002) com especial atenção em casos de pesquisas com populações vulneráveis (como é o caso das crianças, portadores de deficiência mental mas também idosos e grupos minoritários, por exemplo). É certo que desde a sua origem o conceito se associa a procedimentos médico e jurídicos servindo de garante à autonomia e autodeterminação dos pacientes. As críticas levantam-se relativamente à real capacidade de exercício dessa autonomia. O que se coloca como ponto frágil é a capacidade de real entendimento da informação prestada, sobretudo no que se refere a questões médicas de extrema complexidade, e o facto de a liberdade de decisão dos sujeitos ser possível de constrangimentos pela situação dos mesmos e pela própria desigualdade dos atores em presença.<sup>42</sup>

Conscientes dos problemas com a efetividade do consentimento informado, julga-se ter-se usado de todos os princípios e atuado sempre por forma a os doentes que acederam a participar na recolha de dados por entrevista possuírem toda a informação e de modo a que lhes fosse acessível. Para isso, além dos documentos apresentados, foram dadas as informações e todas as explicações de modo entendível para o doente e considerando sempre as características pessoais de cada entrevistado.

Tendo em conta que as entrevistas foram, na sua maioria, realizadas nas instalações do CS, zelou-se para que as pessoas pudessem realizar a mesma em total privacidade e confidencialidade. As entrevistas ocorreram num gabinete livre (usado esporadicamente como espaço de reuniões das juntas médicas) existente numa ala diferente daquela onde ocorrem as consultas, com uma porta de acesso ao exterior, distinta da utilizada quando os doentes se deslocam ao Centro para consulta, sendo que os doentes não passariam por nenhum dos serviços que habitualmente usam. As entrevistas decorreram de uma forma bastante harmoniosa, com todo o à vontade dos entrevistados, dispondo das melhores condições de privacidade e tranquilidade possível.

---

<sup>42</sup> Sobre as questões e cuidados em torno das entrevistas em contextos médicos, consultar Zoppi & Epstein (2001).

As precauções éticas e metodológicas, não excluem, no entanto, o surgimento de situações imprevistas, como é, aliás, próprio do trabalho de campo (Faubion & Marcus, 2009). Encontrar muitas pessoas com grande incapacidade de leitura foi uma dessas situações, embora se conhecesse a idade e os níveis de escolaridades esperados dos inquiridos. Em todos os momentos, a investigadora teve sempre o cuidado de se demarcar profissionalmente dos profissionais de saúde.

Os pacientes hipertensos contaram as suas histórias à investigadora expondo aspetos relacionados com a sua saúde e doença de uma forma que nunca haviam problematizado antes. Quando, no final da entrevista, lhes era perguntado se havia algo que quisessem acrescentar, vários foram os desabafos acerca da conjuntura económica e política que o país atravessa, como forma de expor as suas necessidades quotidianas e indignação, mas surgiram também temas inesperados relativos a questões familiares e outras.

Na análise posterior, todos os dados possíveis de identificação dos entrevistados foram retirados, mantendo assim a confidencialidade das respostas. Todos os nomes utilizados nas citações das entrevistas são fictícios.

Após a realização do trabalho de campo, julgamos ser possível afirmar que os resultados alcançados se devem quer à capacidade dos instrumentos em alcançar as informações desejadas, quer ao cuidado aplicado em termos de relações e cuidados éticos em todos os momentos da pesquisa. Dessa forma, conseguiu-se criar relações e um ambiente propício à confiança no trabalho de investigação realizado e na sua credibilidade, o que se revelou um fator fundamental na adesão quer dos entrevistados quer na cooperação de todos os trabalhadores do CS.

## 5. Tratamento e análise dos dados

O material recolhido nas entrevistas foi trabalhado com análise qualitativa de conteúdo, usando como suporte o programa de *software* informático para análise qualitativa e multimédia MAXQDA11.<sup>43</sup> De acordo com os objetivos do estudo, a análise de conteúdo não é aqui gerida pela ideia de quantificação mas de importância, sentido e compreensão das narrativas dos entrevistados.<sup>44</sup> Todo o trabalho de tratamento e análise foi realizado pela investigadora, com apresentação e discussão dos dados recolhidos e consulta sobre os procedimentos junto de outros investigadores familiarizados com o trabalho em estudos qualitativos.

O tratamento das entrevistas em profundidade, enquadrado pelos paradigmas de análise compreensiva e indutiva, assume uma dimensão descritiva, que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações da investigação face ao objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analítico cuja articulação permite formular as regras da inferência (Guerra, 2012).

A análise de conteúdo realizada é uma análise por categorias temáticas, mas entendendo sempre a entrevista como um processo, em que os enunciados se enquadram no discurso como um todo. Foi seguida a proposta de análise de entrevistas aprofundadas e histórias de vida de Isabel Guerra (*Ibidem*). Esta mostra-se a adequada pois temos um número elevado de entrevistas em profundidade, o que permite uma análise comparativa através da construção de tipologias, categorias e análises temáticas.

Todas as entrevistas foram, num primeiro momento, transcritas na íntegra. Após o que o uso de *software* apropriado como o MAXQDA, é de grande utilidade, facilitando o manuseamento dos dados, permitindo a sinalização das categorias temáticas e conceptuais de forma mais simples e a análise transversal das entrevistas

---

<sup>43</sup> Para aprofundamento de todas as potencialidades e aplicação dos instrumentos de software para as investigações qualitativas consultar Fielding & Lee (1998); Gibbs (2007); Lewins & Silver (2007).

<sup>44</sup> Para aprofundamento das questões relativas à análise de conteúdo consultar Bardin (2008); Guerra (2012); Quivy & Campenhoudt (1998).

ganha maleabilidade. Em nenhum momento a leitura e compreensão atenta do investigador poderá ser excluída. É frequente nos discursos das pessoas encontrar-se expressão de ideias com significados pertinentes do ponto de vista da investigação sem, por exemplo, que certas palavras-chave sejam mencionadas.

Procedeu-se a uma primeira leitura de cada entrevista construindo uma síntese da “história” e caracterização do entrevistado. Esta leitura revelou-se extremamente importante pois permitiu fazer emergir categorias, ou temáticas de análise, umas já previstas, outras que se foram revelando (Quadro 3).

**QUADRO 3**  
**Categorias de análise das entrevistas**

<b>Categorias</b>	<b>Sub-categorias</b>
As histórias	A descoberta O AVC O passado Problemas da vida (família, traumas) O trabalho
Modelos explicativos	Razões para a doença Relação com o contexto de vida Comparação com os outros e outras doenças
Os quotidianos	Medos As sociabilidades (família, amigos, trabalho) O que mudou Os medicamentos
O regime médico	As instituições de saúde (centro de saúde, hospital) Os médicos - relação com o médico A consulta HTA Recomendações médicas (o exercício; a alimentação)
Regras, limites, excessos	O “ter cuidado” Os excessos (de alimentos/bebida, de trabalho, de preocupações)
Estratégias de lidar com a doença	Ser responsável (“ <i>ter juízo</i> ”) <i>Não se dar</i> à doença Fazer o que o médico “manda”



Elaboraram-se categorias de análise quer de modo dedutivo, partindo das questões que nos propusemos explorar, quer de forma indutiva deixando emergir do discurso das pessoas temas importantes. Usar a teoria para pensar os factos e reter os factos para construir a teoria, foi o princípio orientador da análise das entrevistas.

Após um trabalho exaustivo e seletivo de codificação e interpretação dos dados, agregando tipologias por semelhança e análise categorial, o objetivo é apresentar as unidades pertinentes que nos permitam pensar e analisar determinado fenómeno. A procura de padrões ou a agregação das regularidades encontradas, expondo as diferenças e semelhanças entre os diferentes casos, facilita o colocar em evidência as realidades analisadas, as representações e estratégias dos doentes hipertensos entrevistados.

A codificação por grandes categorias e subcategorias temáticas é um sistema eficaz para organizar os dados e as nossas ideias em relação aos mesmos bem como tornar a sua apresentação e discussão ordenada e profícua. A estratégia de codificação reaviva os pontos significativos das entrevistas e facilita a compreensão do objeto em estudo.

## 6. Caracterização sociográfica dos doentes entrevistados

A seleção dos participantes para a realização da entrevista em profundidade foi definida intencionalmente de forma a ser representativa da população em estudo. Do ponto de vista sociográfico, a seleção da amostra, procurou diversificar as características das pessoas entrevistadas em função do sexo, da idade, dos níveis de escolaridade, estado civil, condição perante o trabalho e tipo de agregado familiar. As condições diferenciadas em termos de situação de doença e tempo de doença foram também acauteladas.

Entrevistamos um total de 30 utentes da consulta específica de HTA (Quadro 4), que acederam responder à entrevista em profundidade. Os participantes no estudo são sete mulheres e 23 homens com idades compreendidas entre os 41 anos (um homem) e os 82 (uma mulher). A maioria dos entrevistados tem entre 60-69 anos (16 pessoas), sete pessoas têm menos de 59 anos e sete pessoas têm mais de 70 anos.

**QUADRO 4**  
**Distribuição por sexo e grupo etário**

Grupos etários	Homens	Mulheres	Total
41 – 49	3	1	4
50 – 59	3	0	3
60 – 69	12	4	16
70 – 79	5	1	6
80 - 82	0	1	1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>30</b>

Foi mais difícil conseguir a presença das mulheres nas entrevistas, sobretudo na faixa etária dos 50 aos 60 anos, mostrando-se estas bastante indisponíveis alegando trabalho doméstico e a necessidade de tomarem conta de netos ou prestarem assistência a outros familiares.

**QUADRO 5**  
**Distribuição por nível de habilitações**

<b>Escolaridade concluída</b>	<b>Total</b>
1º Ciclo EB	17
3º Ciclo EB	4
Ensino Secundário/Curso Profissional	6
Ensino Superior	3
<b>Total</b>	<b>30</b>

Em termos de habilitações académicas (Quadro 5), mais de metade dos entrevistados tem apenas o 1º ciclo do Ensino Básico. De entre estes, algumas pessoas revelam enormes dificuldades em termos de leitura e escrita, o que foi notório quando entregamos a folha informativa e consentimento informando, limitando-se estas pessoas a ser capazes de escrever o seu nome. Todos os que referiram ter realizado o 3º ciclo do Ensino Básico, fizeram-no já em adultos no programa Novas Oportunidades.<sup>45</sup> Três entrevistados têm curso superior.

Relativamente à condição perante o trabalho (Quadro 6), apenas seis dos inquiridos estão em situação de emprego. Entre estes, as áreas profissionais são a construção civil, o pequeno comércio e serviços. Duas pessoas, um homem e uma mulher com idades entre os 41 e 50 anos, encontravam-se desempregadas por extinção dos seus postos de trabalho, em ambos os casos ligados a indústrias locais. A maioria dos entrevistados encontra-se em situação de reforma, que foi requerida em grande parte das situações, por acumulação de anos de serviço ou por razões de saúde.

Nenhuma das mulheres entrevistadas estava empregada e todas foram ou são cuidadoras informais de familiares doentes, pais, sogros, irmãos e filhos (duas mulheres têm filhos com doença mental grave). Para além disso, estas mulheres estão, em muitos casos, dedicadas a tratar dos netos e têm um trabalho de suporte na vida

<sup>45</sup> Programa Novas Oportunidades - Despacho nº 3447/2010 de 24 de Fevereiro. Vem fazer a certificação dos cursos de educação e formação de adultos criados em 2000.

familiar dos filhos muito importante, preparando refeições e ocupando-se das lides domésticas.

**QUADRO 6**  
**Distribuição pela condição perante o trabalho**

Condição	Total
Empregado/a	6
Desempregado/a	2
Pensionista por Invalidez	6
Reformado	16
Total	30

Relativamente ao estado civil e tipo de agregado familiar (Quadro 7), a quase totalidade dos entrevistados é casada, uma senhora é divorciada, há duas viúvas e um viúvo.

**QUADRO 7**  
**Distribuição por estado civil**

Estado civil	Total
Separado/a ou divorciado/a	1
Casado/a ou em união de facto	26
Viúvo/a	3
<b>Total</b>	<b>30</b>

A maioria destas pessoas reside com o cônjuge e com o cônjuge e filhos. Sendo poucas as situações de presença de filhos menores (apenas em três famílias), em vários casos temos a presença de filhos adultos, casados ou divorciados e por isso acrescenta-se a estes agregados a presença de netos pequenos. Apenas uma senhora reside sozinha (Quadro 8).

**QUADRO 8**  
**Distribuição por tipo de agregado familiar**

<b>Corresidência</b>	<b>Total</b>
Sozinho (casa própria)	1
Com cônjuge	12
Com cônjuge e filhos	14
Com filhos (casa dos filhos)	1
Com filhos (casa própria)	2
<b>Total</b>	<b>30</b>

No que diz respeito ao tempo como doente hipertenso e às várias situações na situação de doença, encontramos realidades diversas, tal como sucede no universo dos utentes da consulta HTA. O facto de a HTA ser uma doença crónica, das experiências dos hipertensos poderem ser distintas consoante acumulem outras patologias e tenham uma situação de HTA mais complicada, por acréscimo de morbilidades e o facto de a experiência de AVC ser relativamente comum entre estes doentes, foram razões que consideras importantes aquando da seleção dos entrevistados.

Na aplicação destes critérios o apoio dos clínicos foi fundamental. Pediu-se aos médicos de família que seleccionassem proporcionalmente de entre os seus doentes, cumprindo com os critérios gerais relativos ao tempo de doença e condição para a entrevista, uma amostra por critério de temporalidade e situação de doença.

Quanto à situação na doença (Quadro 9), nada foi perguntado expressamente na entrevista a este respeito, sabendo a investigadora da situação do inquirido por indicação do médico expressa apenas em termos de “doente hipertenso sem complicações”; “doente hipertenso com complicações”. Para ao que a este trabalho respeita, por “doente hipertenso sem complicações” entendem-se as situações em que a pessoa hipertensa não possui outras patologias que possam interferir de forma direta com a pressão arterial. Por “doentes hipertensos com complicações” entendem-se aqueles que para além de serem hipertensos, têm outras patologias associadas, sejam do foro cardiovascular ou não, e que interferem com a sua condição clínica

tornando-a mais complexa. Encontramos muitas situações de múltiplas patologias, entre as quais salienta-se a diabetes e sequelas de acidentes vasculares.

As situações clínicas, experiências pessoais, as repercussões sentidas no seu corpo e na sua vida devidas à hipertensão, não são portanto homogéneas. A condição de utente de consulta de HTA, e consequente catalogação como “doente de risco cardiovascular” não anula as especificidades das diferentes condições dos hipertensos, podendo este facto ser ou não muito importante nas representações e vivências que se tem de HTA. Este é um dado sentido pelos próprios clínicos no seu contato com os doentes, sendo que, na opinião destes médicos, os hipertensos que já tiveram ocorrência de AVC têm uma apreensão das mensagens preventivas mais assertiva. Ter ou não ter a experiência de AVC pode ser uma condição de diferenciação importante para a forma como se pensa a doença e ao nível de todas as experiências e mesmo da própria história de vida. Teríamos então que assegurar esta diferenciação desde logo na amostra.

Obtivemos uma amostra equilibrada no que respeita à situação na doença, embora com um número acrescido de doentes hipertensos com complicações (17 doentes), relativamente aos que não as têm (13 doentes).

**QUADRO 9**  
**Distribuição por situação na doença**

Ocorrência	Total
HTA sem complicações	13
HTA com complicações	17
<b>Total</b>	<b>30</b>

Quanto à temporalidade com que se lida com a doença (Quadro 10), utilizou-se na caracterização o tempo com HTA mencionado pelo doente. A maioria das pessoas revelou muita dificuldade em indicar quando foi o momento em que tiveram conhecimento de que eram hipertensos, ou seja, em que lhes foi revelado um diagnóstico médico de HTA. Mas há quem refira um número exato de anos, ou mesmo a data completa deste “descobrir” da HTA. Esses casos coincidem com a situação de

ocorrência de AVC. O momento do AVC e o tomar consciência da HTA tornam-se assim simultâneos.

**QUADRO 10**  
**Distribuição por tempo de doença**

Ocorrência	Total
1 - 2 anos	1
3 - 5 anos	7
6 - 9 anos	5
10 - 14 anos	6
≥ 15 anos	11
<b>Total</b>	<b>30</b>

Apenas oito dos entrevistados revelam ser hipertensos há menos de cinco anos. Muitas pessoas têm HTA há mais de 10 anos, o que torna previsível uma grande familiaridade com a doença e medicação.

#### ***Caracterização da amostra da entrevista pós consulta HTA***

A amostragem para as entrevistas pós-consulta apenas obedeceu ao critério da oportunidade. Dirigíamo-nos a quem tivesse terminado de realizar consulta específica de HTA, informávamos das nossas intenções e do teor e objetivos do estudo, entregando também a informação escrita e, uma vez sendo dado o consentimento e mostrando a pessoa possuir as competências básicas em termos de capacidades de verbalização e entendimento, realizava-se a entrevista.

Recolhemos 11 entrevistas. Neste grupo de entrevistados obtivemos um número muito idêntico de homens (cinco) e mulheres (seis). A faixa etária mais representada é a mesma do grupo anterior: cinco dos entrevistados têm entre 60 e 69 anos, a pessoa mais jovem tinha 39 anos e a mais idosa 77 anos. Só três doentes têm menos de 60 anos. Todos os entrevistados são casados e/ou em união de facto. Sete dos entrevistados são pessoas reformadas. Sendo todos casados e/ou em união de facto, todos residem em casa própria com os respetivos cônjuges. Em seis casos só o

casal constitui o agregado familiar verificando-se também aqui, tal como nas restantes entrevistas, uma presença grande da família alargada com os filhos e netos a residirem com os pais. A maioria dos entrevistados apresenta como habilitações académicas o 1º ciclo do Ensino Básico. Dois doentes mencionaram ter tido um AVC.



## CAPÍTULO III

### ***“SE EU FOSSE DOENTE...”*: AS NARRATIVAS DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO**

#### **1. As histórias**

No momento inicial do encontro com os entrevistados, foi-lhes solicitado que revelassem a sua história no que concerne à hipertensão. Fez-se um apelo à memória das pessoas para que reconstruissem a sua trajetória como hipertensos, desde que tiveram conhecimento da doença até ao momento presente como utentes da consulta específica de HTA, dizendo os mecanismos que foram ativados, relatando os seus percursos como doentes hipertensos, ou seja, a sua trajetória de doença. O conceito sociológico de trajetória de doença refere-se não apenas ao curso da doença mas também a todo o trabalho com ela relacionado, envolvendo as relações com os sistemas médicos, a gestão da doença e a fé/confiança da pessoa. O conceito trajetória da doença coloca o foco de análise no contexto social e relacional dos sujeitos (Corbin & Strauss, 1986).

Pretendeu-se que as pessoas revivessem o momento em que a hipertensão lhes foi diagnosticada, que contassem como e quando tiveram conhecimento deste problema de saúde, o que foi feito e sentido. Este momento acarreta em si uma leitura, uma reformulação, por parte do entrevistado, em que, de modo reflexivo, é convidado a interpretar o vivido. À medida que o vão fazendo, e falando sobre o passado, as pessoas vão refletindo sobre a sua vida, hábitos, desgostos, manifestando

sentimentos vividos e revividos, e vão estabelecendo pontes entre o sucedido na vida e no corpo. A doença é lida como um ponto entre pontes, entre momentos, um antes e um depois. As pessoas contam uma história.

As crenças e as explicações ou interpretações sobre os significados da doença são revelados por estas histórias. Nelas há uma reparação das ruturas feitas entre corpo, identidade, *self* e o mundo, ligando e interpretando a doença nos diferentes momentos biográficos, religando presente e passado.

### **1.1. Do “mal-estar” à revelação médica da doença**

O momento em que a tensão arterial se manifesta como “mal” não é claro para muitos. É difícil dizer quando começou a doença, há sinais. Para outros surge como uma revelação que ocorre num quadro de outra situação que envolveu avaliação médica. A doença “é dada” numa revelação médica, umas vezes de modo surpreendente, outras vezes confirmando ou atribuindo significado a um mal já percecionado, ainda que de forma difícil e indizível. A doença vai-se instalando como um mal indefinido. Apesar de a HTA ser uma situação crónica, as pessoas colocam a doença no passado. Algo que lhes aconteceu, que fez parte de um momento anterior, nalguns casos um momento muito marcante nas suas vidas, noutros casos sem relevo.

A maior parte dos inquiridos refere ter HTA há mais de 15 anos (cf. Quadro 10). Grande número de doentes diz não se recordar de quando tomou conhecimento de que era hipertenso. Contudo outros, pelo contrário, lembram com pormenor o momento em que lhes foi revelado por um médico ter HTA. Para alguns, havia a sensação de que alguma coisa não estava bem. Noutros casos, o diagnóstico de hipertensão constitui uma verdadeira surpresa.

Independentemente das histórias que os doentes têm sobre a sua doença e vida, em todas as narrativas, reviver ou pensar a doença é reviver experiências com médicos e ambientes hospitalares. Os sintomas são ténues e agora os doentes referem-se a eles mas para alguns a relutância de ir ao médico manteve-se até manifestações mais intensas.

*Portanto aí há mais de 10 anos ou até há mais ... que eu comecei a sentir isso na minha cabeça. Não era dor! Era aquela pressão, aquela impressão. Aquela coisa de ter a sensação que a cabeça tinha de alargar para lá caber lá tudo dentro e ela (a médica) mandou-me fazer um exame que não sei o nome, não me recordo. (Ana Isabel, 67 anos, 1º Ciclo)*

*Na altura tive uns sintomazitos quaisquer e achei por bem, porque eu, eu era pouco amigo de ir ao médico. Notava-me muito agitado. Muito agitado e achava que não andava bem. Não andava bem de saúde e desloquei-me aqui ao médico ... E ele então nessa altura é que mandou fazer análises, mandou fazer eletrocardiogramas, mandou fazer várias coisas que ele achou por bem. (...) Pronto e depois acabou por tirar as, as conclusões dele que de facto havia, havia a hipertensão, havia a parte da, da diabetes também já a querer desenvolver-se e onde ele, pronto, me medicou e disse que era melhor começar a fazer uma prevenção. (João Carlos, 52 anos, 3º Ciclo)*

*Sinceramente não, não me recordo... A data ao certo não sei, porque eu sempre fui muito alérgica a médicos. Eu sempre tive uma grande alergia .... (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

A HTA parece não ser uma “doença” que os entrevistados anteviessem e que os levasse a procurar ajuda médica. Compreender o seu comportamento perante este “algo não está bem”, quando ainda que apenas isso tenha sido sentido, é começar a questionar o comportamento dos doentes.

Alguns estudos sobre o porquê da ida à consulta mostram que as pessoas procurarem ou não o médico não depende apenas da presença da doença mas da forma como a pessoa, e os outros, pensam e respondem aos sintomas. Mechanic listou 38 variáveis reconhecidas por influenciarem a ida à consulta (como referido em Scambler, 1993, p. 33). Das razões ou motivos apontados para que as pessoas procurem um médico destaca-se a visibilidade, reconhecimento ou saliência perceptível de sinais e sintomas; o grau com que os sintomas são tomados como sérios, isto é, se a pessoa os considera no presente ou no futuro como perigosos ou com probabilidade de perigo; o grau com que os sintomas são disruptivos em termos de família, trabalho e outras atividades sociais; a frequência com que os sinais e sintomas aparecem,

persistem ou são recorrentes; a tolerância possuída por quem os sentem e os avalia; a informação disponível, conhecimento e conotações culturais e compreensão do avaliador; capacidade para a não negação dos sintomas; necessidades que competem com as respostas a dar à doença; interpretações que competem na interpretação dos sintomas, uma vez reconhecidos; recursos de tratamento disponíveis, proximidade física, custos psicológicos e monetários de tomada de ação (não apenas distâncias físicas e custos de tempo, dinheiro e esforço, mas também custos de estigma, distanciamento social e sentimentos de humilhação).

Esta lista não só não é exaustiva como as variáveis interagem. Podemos encontrá-las nas circunstâncias que levaram os entrevistados a “descobrir” que tinham hipertensão ou mesmo aquando da ocorrência de um AVC. O pouco reconhecimento e saliência dos sintomas, o facto de os mesmos não serem impeditivos da execução das rotinas quotidianas e por não serem entendidos como perigosos, pode explicar porque é que, em muitas situações a descoberta da HTA ocorre como um acaso, ou algo que advém de outra situação, que envolveu exames, hospitalização, ou mesmo como um facto que se conhece após um AVC.

*O contexto é este: isto há cerca de dez anos. Não é há cerca, é mesmo, fez em Novembro dez anos que eu fui operado ao coração e então aí, aí soube que era hipertenso. Porque, porque tive um enfarte (...), tive um enfarte e enjoos, mau estar, todos os sintomas (...) andava mal. Eu sentia-me mal, sentia-me muito mal disposto, dores nos braços. Pronto, eu vou à consulta, tenho consultas de cardiologia, tenho consultas aqui no centro e medem-me sempre a tensão. (...) E é esta a minha história da hipertensão, quer dizer eu nunca, nunca tive ideia que era hipertenso, porque não tive sintoma nenhum que relacionasse com a hipertensão. (...) Fiquei internado e daí já foi dois bypasses e saí de lá já operado. Esta é a minha história da hipertensão. Porquê? Pronto, a partir daí fui considerado um hipertenso, antes não e o que me admira é que antes não tenha sido, ANTES não me tenham tratado do colesterol, ANTES não me tenham feito algumas coisas que se calhar eram necessárias para evitar isto, mas pronto. (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)*

A história da doença remeteu os entrevistados para histórias de passagem por instituições de saúde, nomeadamente o hospital e de experiências de sujeição a vários tipos de exames, que são recordados de forma muito viva.

*Lá no hospital. Sei que entrei dentro de uma...de uma cabine, parecia uma cabine telefónica e soprei para dentro de uns tubos. Sentei-me num banquinho e à minha frente tinha uns tubos e eu fui soprando para esses tubos e... depois ela (a médica) disse-me: "oh Dona Ana, pronto já se descobriu..." e eu até disse assim "ah descobriu o problema da doença? (...) E ela disse-me "não, não! Descobri que a senhora é hipertensa" e eu vou assim "ai senhora doutora nem me fale nisso" "mas é olhe pronto vai tomar estes comprimidos e vai ter cuidado e pronto isto (...) a senhora está a começar a ser hipertensa, a ter hipertensão". Eu disse: "ai senhora doutora porquê? Ah vou deixar o tabaco" disse eu assim na brincadeira "Vou deixar o tabaco" e ela vai assim "pois é, mas olhe tem que deixar mesmo" eu disse "olhe senhora doutora nem nunca lhe peguei". (Ana Isabel, 67 anos, 1º Ciclo)*

Há situações de acidentes de viação, de trabalho, consultas de rotina ou outras situações que levam as pessoas aos médicos e aí dá-se a “descoberta” da hipertensão, da diabetes, da doença.

*Eu comecei a suspeitar só disso para aí há uns quatro anos....mas nunca liguei muito. (.....) Foi uma vez que fiz uma, uns testes para pedir o uso, para pedir um estado médico para renovar o uso e porte de arma e foi aí que me foi detetado uma coisa leve na altura. Mas agora mais a sério foi quando foi para renovar a carta de pesados que foi o delegado de saúde que disse que estava muito alta. Aí é que comecei mesmo, pronto, é que tive que intervir mesmo. (....) Até aí nunca tinha tido problema de maior. Nunca me senti mal. (Carlos, 45 anos, 3º Ciclo)*

Há uma admiração, uma surpresa com um diagnóstico médico que é revelado. Uma diferença entre o sentir, “sentir-se mal”, e a revelação, o designar a doença e o, por consequência, ser designado hipertenso. O facto de a hipertensão ser uma “doença silenciosa”, assintomática ou cujos sintomas podem ser discretos ou atribuídos a causas diversas, mostra ser um dado relevante para a pouca atenção prestada aos sinais, mesmo quando eles estão presentes.

Embora muitos dos sintomas que as pessoas sentem possam ser reconhecidos como indicadores de um processo de doença, isso por si só não significa que o diagnóstico e o tratamento sejam procurados. O que se vai fazer, quando e se alguma ação para resolver o problema vai ser tomada, pode depender de outros fatores desencadeadores.

A maioria das pessoas tolera os seus sintomas durante muito tempo antes de se dirigir ao médico, podendo ser a presença de outros fatores a impulsionar a decisão de ir a uma consulta médica. Zola (apud como referido em Scambler, 1993, p. 40) identificou cinco tipos de “desencadeadores” da decisão de recorrer ao médico: uma situação de crise pessoal (por exemplo, o falecimento de um familiar); a interferência percebida nas relações sociais e pessoais; o sancionamento ou pressão dos outros para ir ao médico; interferência percebida nas atividades profissionais e físicas; o estabelecimento de um prazo de observação da sintomatologia (se sentir isto até domingo na segunda feira vou ao médico). A decisão de procurar ajuda médica é muito formada nas circunstâncias pessoais e sociais dos sujeitos. Zola também observou que quando os médicos prestam pouca ou insuficiente atenção a este acontecimento específico que levou o indivíduo à consulta ou que o indivíduo usou como desculpa para pedir ajuda, existe uma grande possibilidade que o doente quebre o tratamento (*Ibidem*).

Tem sido também muito sublinhada a importância dos fatores culturais na forma como os sintomas são interpretados e na ação subsequente dos indivíduos. Tende-se a assumir que esta variação resulta de processos de socialização diferentes, e que o comportamento diferente na doença revela um modo mais vasto de encarar a vida em geral. Ou seja, os padrões culturais dependem dos diferentes contextos sociais e heranças culturais. Contudo, sobretudo para as situações de não dor, em que não é a dor que leva à consulta, o conhecimento dos sintomas como reveladores de *doenças sérias*, é um fator importante nas decisões dos doentes. Por exemplo, o reconhecimento de que as *doenças sérias* não têm sintomas agudos ou repentinos, como é o caso do cancro e das doenças cardiovasculares. A ação dos potenciais doentes depende aqui do seu conhecimento da doença e da sua capacidade de

diferenciação sobre o que entendem serem *doenças sérias* ou *coisas que não são doença*.

*Não sei. Talvez aí há uns, há uns dois anos, que eu vim aqui ao Dr. Oliveira ele mediu-me a tensão e achava que a tensão que estava alta. Nunca senti nada de especial e receitou-me o Captopril. Portanto, estou a tomar o Captopril.*  
(Francisco Manuel, 67 anos, Curso Profissional)

*Para aí há uns 10 anos. A partir daí passei a tomar o comprimidinho para a hipertensão, tudo bem. (...) É, só que depois disso (de suceder um AVC) é que a gente passa a ser mais recomendado. No caso, nesse caso quando foi do AVC foi muito, não é?* (Alfredo, 67 anos, 1º Ciclo)

Identificada a doença pelo médico, o reconhecimento de ter hipertensão é marcado pelo início da toma de um fármaco. A medicação atesta a doença, confirma-a.

## **1.2. As doenças são misturadas**

Para vários doentes *a doença* que conta, e de que falam, a que assume para eles o assunto da própria entrevista, a *sua* doença, é a diabetes. Durante toda a narrativa a doença a que se referem é a diabetes, sendo a HTA ignorada. Estas pessoas nunca referem a hipertensão, mesmo quando são questionadas diretamente e quando a hipertensão é mencionada pela entrevistadora, respondem sempre referindo-se à diabetes.

*Foi por causa dos ataques que me deram. Depois fui para os médicos, os médicos estiveram lá e viram isso tudo (...) faz já há uns 20 anos PAUSA... era novo, mas desde que eles me receitaram e me puseram no controlo nunca mais tive nada... se não fosse aquela porcaria dos ataques nunca sabia que era diabético.* (João Manuel, 64 anos, 1º Ciclo)

Na verdade, são muitas as situações de multipatologia. As doenças sobrepõem-se misturam-se, não se diferenciam senão pela classificação médica que lhes foi atribuída. Há hipertensos que ignoram a hipertensão arterial. É o caso do senhor Francisco que se refere sempre apenas à diabetes e que diz mesmo não saber se é ou

não hipertenso. Este homem de 46 anos, trabalhador na construção civil (pintor), nunca menciona a HTA. Mesmo quando na entrevista nos referíamos concretamente à doença e à sua situação também como hipertenso, apenas reconhece a diabetes e responde sempre por referência a esta patologia. A diabetes é uma doença que ele conhece de perto por razões familiares.

*O problema foi há uns quatro anos. Tive um acidente de trabalho e depois tive de ser operado e os médicos começaram aqui a picar os dedos muita vez. (...) os médicos na clínica picaram-me... o enfermeiro estava sempre a picar-me os dedos e com as máquina de picar os diabetes. Eu desconfiei porque o meu sobrinho, e a minha mãe também tem diabetes, eu desconfiei.... Querem ver que eu tenho diabetes? (Francisco, 46 anos, 1º Ciclo)*

O senhor Francisco tem apenas o primeiro ciclo do ensino básico, vive numa aldeia de um concelho limítrofe a Coimbra, é casado e tem uma filha pequena. Para si, enervar-se acaba por ser a causa de tudo. O reconhecimento de termos como “nutricionista” é nulo. Utiliza muito humor e a brincadeira para falar das doenças, dos hospitais e dos médicos e emprega termos da construção civil para se referir ao corpo e às intervenções médicas, como por exemplo “*pôr um calço*”. Já teve alguns acidentes de trabalho, um dos quais com enorme gravidade: caiu de um andaime. E outros acidentes de motorizada, relacionados com atividades agrícolas tais como cortar lenha, etc. Ao longo da sua entrevista vai revelando um conjunto de práticas alimentares e comportamentais muito relacionadas com o seu quotidiano e contexto de vida e de trabalho. O senhor Francisco evidencia uma conceção de “corpo tipo camponês” em que a doença é não poder trabalhar e o corpo precisa de alimentos fortes (Hespanha, 1987).

A preocupação e a valorização da diabetes pelos doentes está muito presente nos receios que manifestam em relação às doenças de um modo geral. A perceção do perigo da diabetes é mencionada por vários entrevistados sendo que, para alguns, foi e é a preocupação com esta doença que mobilizou e mobiliza mudanças na alimentação e prática de exercício físico.



*Eu acho que a diabetes é extremamente perigosa porque a diabetes ataca todos os órgãos, especialmente os rins, e os rins a funcionar mal atacam o coração e atacam tudo. A diabetes é extremamente perigosa e eu isso sei que é porque o meu sogro... Tenho-me informado sobre isso. A diabetes é perigosa e foi a diabetes que me meteu medo, foi a diabetes que me fez mudar de vida. Foi a hipótese de eu ter de me injetar diariamente. Eu tenho amigos meus que se injetam todos os dias, conheço pessoas que se injetam 4 vezes por dia! E eu disse assim, eu não quero ter essa vida, não quero de maneira nenhuma, vou fazer tudo para não ter essa vida. E foi isso que me levou a mudar completamente na alimentação e no meu estilo de vida. Foi a diabetes que me fez mudar de vida. A tensão arterial eu pensei sempre, isto controla-se com remédios e tal...durante muitos anos só tomei o Adalat 30 e não me lembrava disso quando ia para a mesa, não me lembrava da tensão arterial. (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

A hipertensão surge, desde logo, claramente representada como “insignificante” quando comparada com a diabetes ou com o cancro, vistos como verdadeiras doenças.

### **1.3. Histórias de doença, histórias de vida**

Nas histórias que nos contaram encontramos histórias de vida marcadas por situações idênticas. Ao mesmo tempo que nos contam a história da sua doença, as pessoas elaboram uma interpretação, explicam-na, questionam-na, sempre no interior da história da sua vida. Contudo, se podem surgir casos que partilham algumas características, as narrativas individuais são compreendidas como configurações singulares, o que em saúde significa que essa relação entre singularidades e partilha de características deve estar sempre presente na análise dos diferentes casos (Small, 2009).

Cada entrevista constitui uma história em que as pessoas contam as suas próprias experiências, nomeadamente as primeiras reflexões e preocupações que tiveram aquando da descoberta do significado dos sintomas, a forma como geriram esses momentos, os cuidados que se seguiram, os serviços aos quais recorreram para

obter orientação e acompanhamento terapêutico. É pois, a partir dessas histórias complexas, por vezes contraditórias e inconsistentes, que é possível aceder aos modelos de explicação da doença e às questões que os próprios sujeitos sinalizam como pertinentes.

Ao lermos as entrevistas dos doentes hipertensos, procurando reter a “sua história” da doença, vários aspetos se tornam aparentes. Em primeiro lugar, as entrevistas consistem, em parte, num corpo de episódios de “mal estar” ou de doenças, umas ligadas à HTA outras não, umas do entrevistado outras dos seus familiares. A isto acrescenta-se outra parte de explicações desses “mal estares” e de medidas que foram tomadas pelo próprio ou pelos médicos, sempre contextualizando com a vida do dia-a-dia, com o objetivo de resolver o problema. Em segundo lugar, as histórias seguem um padrão explicativo para a doença. Revelam-se modos de pensar a doença que visam estabelecer sentidos, procurar explicações. Em terceiro lugar, com raras exceções, as narrativas não são completas, no sentido que não são terminadas ou fechadas. A situação, para muitos, mantém-se em aberto. Novos dados sobre a doença vão sendo acrescentados, descrevendo-se uma situação em evolução.

Encontram-se nas entrevistas vários tipos de enredos em volta da hipertensão arterial, ou mais corretamente sobre a reflexão das causas iniciais ou que despoletaram a doença. Nas narrativas dos doentes, há um lado interpretativo, subjetivo, não conducente com uma racionalidade científica, no sentido positivista da prova entre causa e efeito, não inteiramente fiel ao que foi passado na vida, mas muito importante quando queremos aceder à representação daquilo que foi ou que importa para os doentes, à sua interpretação do vivido. A natureza das representações da doença está integrada nestas narrativas.

Também aqui sucede algo semelhante ao que foi encontrado noutros casos de recolhas de histórias de doença (Good, 2008, p. 157). As doenças enquanto entidades da biomedicina (*disease*), estão localizadas no corpo ou como processos psicológicos. As narrativas daqueles que são os sujeitos do sofrimento representam a doença como presente na vida. A doença está ancorada nas histórias humanas, na temporalidade da vida das pessoas, famílias, comunidades. É apresentada como memória, envolve contradições e multiplicidade, uma rede de perspetivas. Se do ponto de vista médico,

os desvios ao normal funcionamento do corpo são medidos e têm causas bem estabelecidas e identificáveis, já para as pessoas as razões são bastante particulares e extracorporais.

Para facilidade de análise, olhamos para as histórias da doença tendo por base o seu enredo principal, mas as narrativas das pessoas envolvem sempre várias pequenas e grandes histórias lá dentro que se interlaçam ou que pelo menos assim são percebidas pelos doentes, como entrelaçadas.

Podemos identificar histórias em que a ocorrência de uma *situação crítica* (ocorrência de um AVC ou EAM) está no centro de todo o discurso do doente, assumindo-se como o ponto importante em tudo o que diz respeito a falar da doença, em contar a doença. Quando estamos perante uma história em que o doente teve um AVC, é a história do AVC que é contada. Estes entrevistados mencionam de forma imediata o acidente assim que lhes é pedido que falem sobre a sua doença, a hipertensão, e de como tudo começou.

Um outro grupo de entrevistados, preenche as suas narrativas, a sua história, com um *grande trauma* sucedido na sua vida, remetendo a sua memória e o seu discurso para experiências dolorosas de perdas, lutos, sofrimentos, traumas físicos e emocionais.

Para outros, a doença é apenas parte de uma história de *vida com dureza e trabalho*, pobreza e tristezas. Os enredos das narrativas de doença misturam-se, por vezes, com a reflexão sobre “maus hábitos” do passado. Outras vezes a doença é um enigma, não se encontrando nenhuma justificação para ela, surge sem razão de ser, de modo inexplicável. Encontramos ainda narrativas em que os entrevistados, ao longo de todo o seu discurso “ocultam” ou anulam a presença da doença, em que a doença não é reconhecida como fazendo parte da sua vida, nunca a mencionando ou dizendo que não gostam de falar “disso”.

Nas histórias sobre a doença encontramos uma rede de perspetivas, ou modelos explanatórios, que remetem logo para uma avaliação causal e moral e tornam clara a heterogeneidade daquilo que é culturalmente compreendido e vivenciado como saúde e doença pelas pessoas inquiridas.

### 1.3.1. Histórias com *momento crítico*

A maioria dos entrevistados tem um episódio crítico para contar relacionado com a HTA. Na caracterização da amostra por situação na doença, 17 pessoas tem uma condição com complicações (cf. Quadro 9). Durante a entrevista, 12 pessoas mencionam claramente a experiência de um AVC.

Contudo, o facto de ter tido na sua vida um AVC não é, para alguns doentes, o centro da história. Em certos casos, o “acidente” mais relevante foi de outra ordem (divórcio, mortes de entes queridos) e é essa dor que transportam consigo e a reportam para o próprio corpo. No fundo, o que marca são as ameaças sentidas a uma vida que se tinha e que se perdeu. Como refere Bauman, as ameaças parecem ter sido, obstinadamente, as mesmas e Sigmund Freud classificou-as de uma vez por todas:

O sofrimento ameaça-nos de três lados: vindo do nosso próprio corpo, que está voltado ao declínio e à dissolução e que não pode sequer passar sem esses sinais de alarme que são a dor e a angústia; vindo do mundo exterior, que pode desencadear sobre nós as suas forças de destruição arrasadoras e implacáveis, e vindo, enfim, das nossas relações com os outros seres humanos. (Freud citado por Bauman, 2007a, p. 111)

Por detrás das três ameaças ergue-se a “mãe de todas as ameaças”, a morte: “Ser-se humano significa que se sabe que é assim, nada poder fazer a esse respeito, tendo-se consciência da correspondente incapacidade. É por isso que *ser-se humano significa também fazer-se a experiência do medo*” (Bauman, 2007a, p. 112).

A experiência de AVC é, para alguns entrevistados, muito marcante. Esse momento é vivido como uma referência entre uma vida com saúde e a descoberta da doença, ou o epílogo de um mal-estar sentido e não compreendido. As pessoas relembram todo o mal-estar sentido e a própria noção da proximidade da morte. Traçam um antes e um depois na sua história: “eu era...”; “*nunca mais voltei ao normal*”; “*nunca mais pude fazer nada*”; “*são momentos difíceis. Estamos na fronteira*”. O quotidiano, tal como era conhecido e vivido fica ameaçado. A segurança ontológica é especialmente afetada devido a este momento ou circunstância

ameaçadora ou destruidora das certezas das rotinas institucionalizadas que é o AVC.

Giddens (2000a) considera que estas *situações críticas* são especialmente importantes para o questionamento reflexivo das práticas quotidianas e como momentos em que os indivíduos sentem a necessidade de produzir e reproduzir um conhecimento mais securizante, encontrando na interpretação científica uma confiança apaziguadora e sendo momentos de produção de mudança na ação.

Parece-nos que, nas interpretações dos doentes, a situação crítica vivida aquando do acidente, é um momento marcante e de grande reflexividade quanto à sua vida, porém, ultrapassado esse momento instala-se novamente uma normalidade em que as mudanças são profundamente mitigadas.

*A história é assim, eu andei com a tensão, ai uns quatro anos ou cinco, alta sempre alta. Até que ao fim de quatro anos e meio, para ai cinco deu-me um AIT. Isso derivado realmente da tensão alta. (...) Uma subida rápida da hipertensão, tive de ser hospitalizado, foi um principio de um AVC e fiquei.... apanhou-me um braço, apanhou-me a face e fiquei com algumas sequelas desde então. Isso foi no dia 18 de Maio deste ano, 2012. Fiquei algum tempo abalado. PAUSA Fiquei no hospital (...), andei com muita dor de cabeça, tive de mudar de óculos, ir ao oftalmologista... corri seca e meca para me tratar da cabeça. E até tive de ir ao psiquiatra, nem assim me consegui safar. (...) as causas foi algumas células da cabeça que morreram, células que morreram.... Hoje não tenho dor de cabeça. Hoje não tenho DOR, dor de cabeça mas sinto que me falta qualquer coisa dentro ... falta-me qualquer coisa!!....Se morreram se é vitalícia ou se não.... mas sim que falta qualquer coisa... (Paulo, 50 anos, 1º Ciclo)*

O mesmo entrevistado, ainda profundamente abalado pela experiência vivida e tendo bem presentes as sequelas físicas e emocionais do acidente, ao referir-se a um amigo que se “descuidava” em relação à possibilidade de ter um AVC, comenta:

*Quando ele passar por elas depois vai ver. Quem não teve quando passar por elas depois vai ver! De um momento para o outro uma pessoa saudável pode ficar sentada numa cadeira de rodas ou agarrado a uma cama sem se mexer. É um perigo! Muito perigoso, muito perigoso. Limita-nos muito da parte da vida*

*durante algum tempo, muitas coisas... ficamos com muitas sequelas e vivemos com algumas que demoram muito tempo a ser corrigidas. Nós vivemos com muitas.... A coisa é muito séria, muito séria. Eu agora sei. Não tenha dúvidas nenhuma. Uma pessoa hipertensa... e quando estas coisas acontecem nós temos sempre de ter muito cuidado, muito cuidado... (Paulo, 50 anos, 1º Ciclo)*

As sequelas foram várias. O senhor Paulo fez exercícios de reabilitação, sentindo ainda algum défice de mobilidade no lado esquerdo do corpo (perna e braço) mas estava a referir-se também a questões de sexualidade de que falou depois de terminada a gravação áudio da entrevista. A sexualidade surgiu como uma novidade nas narrativas. A mesma alusão às alterações no padrão da vida sexual, provocadas pelo AVC e mesmo pela medicação hipertensiva, e como isso pode ser perturbante para o próprio e para o casal foi mencionado, sempre fora do período de gravação, por mais dois homens e uma das senhoras entrevistadas.

A mesma referência a um “antes sem problemas” e um depois do AVC é feita pelo senhor João Manuel e pelo senhor Joaquim.

*Fui ao hospital, dei entrada no hospital.*

*E- E o que lhe aconteceu lá, ficou internado?*

*Fiquei, até estive 20 e tal dias internado, depois saí e ele disse-me: você agora não pode deixar de tomar os comprimidos, você controla isso e tal que isso é uma doença para o resto da vida (...) depois passei a ser visto aqui, foi sempre aqui (no Centro de Saúde) e nunca mais tive nada (...) É perigoso é, e sei e já passei por lá! Pois tive, tive um ataque... antes disso era dor de cabeça era dor de cabeça RISOS (...) antes disso não tinha problemas nenhuns. (João Manuel, 64 anos, 1º Ciclo)*

*Há uns oito anos. Eu tinha uma carrinha de caixa térmica, ia de terra em terra ter com os clientes, levava o material (...) não me esquecia nada, não anotava nada mas não me esquecia nada! Mais tarde chegava à carrinha e já não sabia o que estava.... esquecia-me. Eu digo assim, eu não estou bem! Não me esquecia nada e agora de um momento para o outro estou a ficar assim, isto está aqui um problema.(...) Não tinha dores, perdi a memória, era só a parte esquerda. (...) Era eu sozinho a trabalhar! (...) Estava inapto, estava incapaz de continuar, nunca mais pude fazer nada. (Joaquim, 66 anos, 3º Ciclo)*

Os doentes falam do acidente como algo que lhes aconteceu, como se tivesse vindo de fora, como uma entidade estranha. As descrições do acidente revelam a estranheza e a dificuldade em pensar a gravidade da situação. Sobretudo no caso dos homens, viveu-se um misto de inquietude, a sensação de que algo estava mal consigo, de se sentir mal, incapacitado e a atitude de suportar o mal-estar, crendo na capacidade física e anímica de aguentar.<sup>46</sup>

*Eu era um desportista, Eu pratiquei desporto muitos anos. Portanto de três em três meses tinha que ir ao centro de medicina desportiva para ver... Deixei de jogar, casei, etc. E continuei na minha vida normal até que, em 1992, tive um (PAUSA) ataque, chamemos-lhe assim entre aspas. Num dia de serviço, fora de Coimbra, após um jantar, também de serviço, (...). A determinada altura comecei a sentir uns suores frios, um mal-estar, um aperto, pronto (...) Mas para não fazer.... Porque estava com outras pessoas, estávamos com superiores meus, inclusive. Pronto, aguentei o que pude, evidente. As pessoas falaram "Estás-te a sentir bem?" "Ah Está um bocado calor e tal", depois comecei a transpirar. Mas a determinada altura pedi autorização para me ausentar. Meti-me no carro e vim para casa. Ainda fiz cerca de 50 km sempre mal disposto, sentindo vômitos e etc. (...) só depois é que as pessoas refletem e quando chegam ao hospital é que nos chamam a atenção para o que fizemos (...) Vim a conduzir, fui para casa, deitei-me. Deitei-me mas não dormi, também não chamei, não disse nada à minha esposa para não a estar a preocupar, evidente. (...) E ao outro dia de manhã quando me levantei, como todos os dias era habitual, (...) cheguei ao pé do meu gerente e disse-lhe "Olha desculpa lá mas eu vou ao hospital". E meti-me no carro mais uma vez e fui para o hospital. Só no dia seguinte! (...) Felizmente que encontrei... há sempre uma pessoa conhecida. (...) Levou-me logo para os cuidados intensivos. (...) E depois pronto trouxe a carta para a minha médica de família para começar a ser seguido e medicado e até hoje. (Henrique, 60 anos, Ensino Secundário)*

*Eu já tive, eu já tive dois ou três enfartes. E não sei se é pela tensão estar alta ou estar baixa. Já tive dois ou três e depois fiquei no hospital claro. Não quer*

---

<sup>46</sup> Remetemos aqui para os estereótipos de masculinidade descritos pela antropologia (Almeida, 1995; Cabral, 2003).

*dizer que vá no mesmo dia. A primeira vez que me aconteceu estive uns 15 dias sem ir ao hospital. Depois é que...tenho uma irmã que é enfermeira contei-lhe a história e ela é que me levou ao hospital aqui em Coimbra e depois já não me deixaram sair, lá fiquei. (...) Pois, eu senti o peito, o peito apertado. Senti o peito apertado e falta de ar. Portanto depois é que me disseram que isto tinha sido um enfarte... Depois estive ali uma hora, mais ou menos, depois aquilo passou! Depois 1 dias mais tarde é que voltei ao hospital e já não deixaram sair. Mais tarde a minha irmã é que me disse "tens que ir ao hospital ver isso!". Eu contei-lhe a história do que me tinha acontecido. Não sabia que isso era um enfarte, nem sabia, não percebia nada dessas coisas. Pois. Epá não vinha preparado para ficar no hospital, pronto. (...) Isto foi a primeira vez que estive hospitalizado. Estive um mês hospitalizado. (...)*

*O enfarte já me aconteceu por duas ou três vezes. Uma vez estava na Guarda, outra vez estava aqui. Ainda andei dois dias assim aflito, aflito para ir ao hospital até que um dia lá fui. Ia a conduzir e senti-me mal. Senti que fiquei com a cabeça às voltas. E parei e, portanto, pedi ajuda. Desci do automóvel e pedi ajuda... Alguém me levou para o hospital depois. (...) Depois nunca mais voltei ao estado normal. Com a diabetes, comecei a ver mal da diabetes, a tensão arterial e essas coisas todas. Até essa data nunca tinha tido nada.*  
(Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)

O mesmo doente, refletindo no seguimento da sua vida após estes momentos críticos por que passou diz:

*Eu acho que a dada altura depois fui para casa, encontrei-me bom e não mudei nada. Acho que continuei. Já estava outra vez bom.* (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)

Alguns doentes admitem que mesmo depois de um AVC não mudaram nada. Mas todos referem que não ficaram iguais em termos de capacidades físicas mas também como pessoas, “*nunca mais foram quem eram*”, ou acham-se mais esquecidos ou mais irritados, fisicamente com menos forças.

Tal como Fox (1999) destacou, o efeito da temporalidade na trajetória identitária é difícil de observar e operacionalizar mas fundamental para compreender os impactos da doença na vida quotidiana. Para Bury (2000) o aparecimento da



doença, especialmente a que é evidentemente incapacitante, desmembra o tecido social e cultural, expondo o indivíduo às ameaças de *self-identity* e à perda de controlo, potencialmente prejudicial. O termo de *biographical disruption* foi cunhado para dar expressão a esses processos. Desta forma, tratar a experiência subjetiva da doença (*illness*) como um evento de “disrupção” permite que o seu significado se situe num contexto temporal e na trajetória de vida. O aparecimento dos sintomas, bem como as mudanças no corpo e na mente, os ajustamentos ou desequilíbrios sociais que se lhes seguem, envolvem simultaneamente uma alteração na situação de vida da pessoa e nas suas relações sociais, integrando a doença nos outros tempos da vida quotidiana, que se seguem ao desencadear da crise: o trabalho, as sociabilidades, a família, a cultura.

A sensação de grande cansaço e de mau estar é muito referida pelos doentes quando relembram o que se passava consigo antes do AVC. Esses sinais não são geralmente compreendidos ou associados à hipertensão nem lidos como prenúncio de AVC.

*Tive um enfarte e enjoos, mau estar, todos os sintomas e andava a... era funcionário da Câmara Municipal e aí assim à volta do meio-dia andava mal. Eu sentia-me mal, sentia-me muito mal disposto, dores nos braços (....) isto foi há 10 anos. Sentia também algum cansaço, alguma coisa não estava bem (...) o médico disse-me que andava com um enfarte na mão. (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)*

*Depois das férias. É verdade, depois das férias. Isso também me admirou. Agora, tinha a noção que não andava bem, isso tinha uma ideia. Mal disposto e depois relacionava isso tudo com o estômago e intestinos. Pensei que fosse mais alguma coisa desse tipo, mas não. Hipertensão propriamente dito, a gente não pensa nisso, mas se calhar todos os cardíacos não pensam nisso. Pensam, pensam no principal que é o coração. (...) São momentos difíceis. Estamos na fronteira, não é? Eu vou contar. Isto foi assim, em 1995, eu fui para a praia, andei na praia,. (...) quando cheguei a casa deu-me uma dorzeza assim (colocou a mão no peito), fiquei um bocado lixado.... Deu-me o enfarte! Foi no fim-de-semana! Eu não sabia o que é que tinha. Eu até aí era um indivíduo saudável, julgava eu! (RISOS) (...) julgava que era um individuo saudável mas*

*depois que me deu isto fiquei assim um bocadinho .... a tremer! Eu cheguei ao hospital já não tive hipótese nenhuma. (...) A veia estava quase quase a rebentar, fazia uma espécie de um balão, a artéria! Estava mesmo quase a rebentar, se rebentasse chapéu! Ia à vida! RISOS mas tive sorte! Eles lá conseguiram.... Fui logo rápido, (...) Então, pronto, depois de eles desentupirem a veia eu fiquei aliviado. (...) Fiquei um bocado mais limitado. Já foi há 17 anos! (...) Com as tensões altas o rim começou a chatear, o rim essas coisas todas ... Aquele mau estar. Fica sempre sequelas. (...). Aquilo é uma sensação terrível!*

*E- isso assustou-o?*

*Só passei a preocupar-me depois de me dar o que deu. Mas os médicos avisaram-me muito. Olhe cuidado que você não está livre de lhe dar outra vez! De um momento para o outro pode-lhe dar. Se você não tiver cuidado, chapéu! E eu só com aquele medo daquilo que eu passei.... (RISOS) fui obrigado a ter cuidado. É verdade! (...) comecei a ser médico de mim próprio! (RISOS) A gente tem necessidade dos médicos, não é? Mas a gente também tem de controlar! Se a gente não ajudar eles não fazem nada! Sem a nossa ajuda. Se eu fizer tudo ao contrário dá-me outra vez um enfarte. Mas se a gente tiver cuidado....*

*(Afonso, 67 anos, 1º Ciclo)*

Se a situação do AVC ocorre num período de vida em que as obrigações profissionais são muitas, em que houve um dia intenso de trabalho físico, o cansaço não é visto com estranheza. Porém, quando a doença ocorre já em situação de reforma ou mesmo em períodos de férias, e isso sucedeu com alguns entrevistados, tal facto suscita grande admiração.

*Estou muito admirada para mim, mas que aconteceu pronto.*

*E - Ficou muito admirada? Porquê?*

*Fiquei, fiquei! Quando me aconteceu... No pensar. Sim. (...) Resolvi aposentar-me, e resolvi tirar três meses de férias. Disse "durante três meses não vou fazer nada!". (...) Devia ser uma meia-noite menos pouco eu vou para tirar o rolos não tinha força! Não tinha força. Não tinha força em lado nenhum! Eu nunca tive dor nenhuma, nunca tive nada. Não tinha força. E disse ao meu marido (...) oh eu pensei que uma tensão alta que fosse uma pessoa que ficasse muito agitada, muito agitada, muito agitada. Nunca pensei! Pensei que pronto quem estava assim era uma tensão baixíssima. Nunca me passou pela cabeça.*

*Remédio com ela. Hospital! (...) Até hoje tenho estado bem. Esqueço-me muitas vezes de muita coisa, porque a circulação sanguínea não se faz pelo sítio que se devia fazer. Esqueço às vezes de muitas coisas, muitas coisas mesmo, mas pronto olhe outras me vou lembrando. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

*Já me deu uma vez uma coisa, já tive que lá ir (ao hospital)! Estava deitado, estava ver a televisão no sofá, quis levantar mas ele não mexeu! PAUSA sem nada! Eu queria levantar o braço.... No outro dia vim aqui ao Dr., então eu não sabia o que era! Não sabia! Aquilo foi uma questão de segundos PAUSA. O Dr. telefonou logo, e pronto lá estiveram a ver aquilo! (...) Ouve qualquer coisa! Já me têm dito tiveste muita sorte porque há outros que .... (Simão, 78 anos, 1º Ciclo)*

O não valorizar ou minorizar os sintomas de mau estar, mesmo quando se tornam muito incómodos e evidentes, parece ser comum nas pessoas que entrevistamos. Este facto, no nosso entender, não pode ser compreensível apenas por falta de literacia médica, o que se é um argumento válido em algumas situações, noutras não se pode encontrar aí a explicação para este menosprezar dos sinais. A ausência de dor forte, o resistir, o esperar que passe e, sobretudo, o medo de se confirmar um diagnóstico grave, podem ser motivos de protelar a confrontação com o diagnóstico médico.

*"Eu deitei a causa a isso a muito frio que apanhei! Não sei se seria nem se não mas deitei a causa a isso. (...) Quando aqui cheguei a Coimbra, fui ao médico e o Dr. receitou-me então um comprimido que eu tomo metade de manhã. Todos os dias de manhã tomo aquele comprimido daí para cá sempre impecável. (Horácio, 76 anos, 1º Ciclo)*

*Ora eu trabalhei, na altura estava a trabalhar era em Medicina (era enfermeiro) (...) Hipertensão que eu ME APERCEBESSE! (...) Foi muito simples! Eu efetivamente tinha, eu efetivamente tinha uma... Uma DOR esquisita... mas que eu nunca associei à hipertensão. (...) Nos dois lados da cabeça. E eu assim "és mesmo burro, és mesmo burro." (...). Deitei-me lá no sofá (no serviço no hospital). Estive ali, não sei precisar, estive ali uma hora ou, não sei precisar. E*

*depois alguém me diz porque é que não .... Estava no hospital, estava na medicina!! Mas não fui, não fui, não fui. Estive ali, não sei precisar o tempo estive deitado ali assim (...) No outro dia tive que ir às urgências, (...) a partir daí é que eu assumi, interiorizei que tinha hipertensão. (...). Nós somos teimosos! (...) Burro, burro! Eu reconheço que sou burro. (...) É só para ver, pronto só acontece aos outros. Não acontece a nós, é aos outros! (...) Eu tenho ali o relatório. (...) Ia para baixo da terra (RISOS). (Anibal, 59 anos, Ensino Secundário)*

### **1.3.2. Histórias com grande trauma**

Há um outro tipo de narrativas em que o centro da história não gira em torno do acidente ou da doença em si mas de dramas de vida, de sofrimentos pessoais de toda a ordem (morte de familiares, divórcios, violência doméstica, acidentes de viação, lembranças de cenários de guerra) que estas pessoas assumem como a causa da doença e, em alguns casos, como razão do próprio acontecimento de um AVC. A dor destas pessoas não é (apenas) uma dor física mas a de um desgosto irreparável. É o caso do senhor Henrique, cujo filho faleceu com 24 anos de causa desconhecida e que relata o sucedido de forma comovida. Os seus males físicos são relativizados perante esta dor maior para a qual não obtém resposta.

*Não sabe a maior revolta. Eu ainda tenho essa revolta hoje. Eu sou, eu passei a ser um bocado mais revoltado desde 2004 quando faleceu o meu filho. Porque não compreendi. Eh pá! Há coisas que são incompreensíveis. Porque ele era um indivíduo que não tinha vícios. Não fumava, não bebia, ralhava comigo por eu fumar, por eu beber, por eu me deitar tarde (...) Faleceu fazia 25 no dia 25 de Julho. Porquê? Deram-me a autópsia ao fim de alguns meses. Demoraram quase um ano para me darem o resultado da autópsia. Morte natural! Dissecado desde a ponta dos cabelos até à unha dos pés. Eu precisava de saber o que é que aconteceu. Aconteceu nada! (...) Tudo bom! Então? (PAUSA) hã? Isto é revoltante! Eu não sei, porquê. Se eu tenho um acidente...morreu, pronto. Teve uma doença, faleceu. Agora morre-se porquê? Naturalmente? (Henrique, 60 anos, Ensino Secundário)*

Outra história é a do senhor Fernando que ilustra como os doentes interligam todos os dramas da sua vida. Este senhor, que teve um AVC, enquadra este episódio em todos os transtornos e sofrimentos pelos quais estava a passar na sua vida. O próprio AVC torna-se o culminar e uma metáfora do desmoronamento da sua vida pessoal e profissional.

*Pois, eu não tive uma vida fácil... Também fiz muito na vida. Olhe e depois acabei por ficar sem nada...Divórcio. Tinha uma fábrica onde tinha 15 funcionários a trabalhar continuamente e o divórcio deu para isto. Isso acabou comigo. É, isso acabou comigo! Estive, hospitalizado... Pensava em tudo. Em tudo que era mau. Pensava em matar, e matar-me eu, pensava isto tudo. Mas nunca encontrei a esposa, nem o amante dela. Porque se não...eu tinha-os liquidado. Estava mesmo com vontade de fazer isto. (...) Foi quando ficaram muitas dívidas. Já paguei muitas, outras ficaram por pagar. Pronto e foi assim, foi uma desgraça grande. Foi um tremor de terra. Eu costumo dizer assim era a minha versão de vida. Quando era jovem não tinha nada, e comecei a sonhar e montei uma empresa. Eu comecei a construir uma cidade. Que é assim que eu costumo dizer (...) Depois um terramoto (refere-se ao divórcio) subterrou a cidade e ficou lá a família toda subterrada sem um único sobrevivente. É assim que eu costumo dizer a minha versão. Fiquei sem ninguém. Fiquei sem mulher, sem filhos... Fiquei sozinho! E ficou tudo subterrado, ficou a cidade desfeita, pronto... E era uma empresa que dava rendimentos. (....) O meu organismo foi ao ar também. Foi ao ar. Três ou quatro anos que não me segurava de pé, nem comia, nem... Perdi uns 10 ou 15 ou 20 quilos. Portanto escapei por milagre! E ainda tentei o suicídio... Fiquei descontrolado. (...) Eu tive uma altura que até o meu organismo estava viciado no álcool (...) (Fernando, 64 anos, 1º ciclo)*

O senhor Fernando não considera a doença. O que valoriza são todos os traumas da sua vida, divórcio, dívidas, tentativas de suicídio. Tal como outros entrevistados utiliza a metáfora do rebentamento para expressar o que acontece na sua vida, uma vida construída com sacrifícios e que se desmorona e com isso o seu próprio corpo não resiste também. A reflexão da entrevista sobre a doença leva-o a olhar para todo o passado de sofrimento.

*Eu mudei de vida uma quantidade de vezes. Eu desde que me casei, eu vivi (...) Eu fiquei órfão de pai e mãe aos 16 anos. Eu com dezasseis anos tive que me governar e governar ainda os meus irmãos mais novos. Que a minha mãe partiu tinha nove anos e o meu pai partiu tinha eu 16. Nós eramos sete irmãos e eu tive que trabalhar para a casa. Tive que me desenrascar, levantar voo e ir à procura de vida com 16 anos. Ir à procura de vida. Não foi fácil! Não foi fácil. Sabe que não é fácil. (...) Portanto vamos lá. Isto quando eu descobri que estas coisas estavam a acontecer quando apareceu a diabetes, apareceu várias coisas ao mesmo tempo. Tinha eu 40 e tal anos. Até à data nunca tinha problemas de maior. Portanto a partir de tinha há volta de 40 e tal anos quando isto começou, apareceu-me tudo! (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)*

Ainda refletindo sobre o que lhe tinha sucedido este senhor compara a surpresa do AVC à surpresa do que a sua esposa fez.

*De repente. Foi num dia de manhã...la na estrada, tinha-me levantado cedo e ia na estrada, pronto aconteceu-me isto. Foi quando eu descobri estas coisas todas. Até à data não tinha sinais de nada. Sim, sim! Foi de repente. Ela levou 80 mil contos. Desapareceu com 80 mil contos. Ela e o empregado, que era o amante dela. (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)*

A relação entre eventos da vida pessoal e doença tem uma longa história de investigação que remonta aos anos 50 do século XX. Notou-se que nalguns casos ocorreram eventos importantes na vida das pessoas antes do surgimento de doenças físicas e mentais. Nos anos 70 e 80, o potencial dos eventos de vida como causadores de doença continuou a ser investigado, estabelecendo-se uma relação importante com a produção de *stress* e os efeitos consequentes no organismo. Mas é na área da saúde mental que mais tem sido aprofundado o estudo da relação dos eventos da vida e saúde (Bifulco, 2004)

Se em termos académicos esta ligação entre ocorrências na vida das pessoas e doença tem sido fonte de discussões, nas narrativas dos hipertensos entrevistados parece estabelecer-se uma ligação forte entre as situações que foram vividas e a sua saúde. Por exemplo, o senhor Manuel Augusto é um dos homens entrevistados que relata de forma espontânea ter estado em situações ligadas à guerra nas antigas

colónias portuguesas. Ele, tal como outros entrevistados que passaram por situações similares, quando refletem sobre as razões do surgimento da doença remontam a esses tempos e referem as experiências então vividas como se tivessem ficado guardadas nos seus corpos, incorporadas, e tal como as bombas que viram rebentar, também essas memórias é como se os deteriorassem ou implodissem.

*Mas a minha tensão não era grande, não era alta. Os diabetes foi quando eu vim do ultramar. Eu estive no ultramar e então aí claro. O ultramar com as situações (...) apanha-se tudo. (...) Pronto, foi a partir daí, mas pronto, eu agora, eu não me considero muito bem, não é? Mas era uma pessoa saudável. (...) Quando fui para o ultramar fiquei a tomar conta daquelas viaturas que vinham minadas, vinham queimadas, vinham tudo (...) então, pronto, bem, deram-me um louvor. Também mais valia não ter nada. Ainda hoje, ainda hoje de vez em quando ... há situações que marcam. (...) Não era só o carro estragado, está a perceber? (...) Pronto, não vale a pena estar a pensar nisso. Isso é um bocado complicado. Foi isso é que me afetou um bocado... (Manuel Augusto, 79 anos, 1º Ciclo)*

Uma situação inesperada do trabalho de campo foi a de todas as mulheres entrevistadas terem a experiência de serem ou terem sido cuidadoras informais de pais e sogros idosos, de maridos, de irmãs e de filhos com doenças e/ou deficiências. Este facto revela-se significativo quer pelo sofrimento psicológico e emocional que lhes acarretou mas também porque encontram aí um motivo para algumas das maleitas físicas de que padecem. As consequências em termos de cansaço e desgaste físico e emocional dessa situação estão bem presentes, como revela a senhora Ermelinda.

*Gostava ainda de trabalhar, tenho 62 anos, ultimamente era na costura, só que pronto um problema de saúde implicava muitas dores porque eu tenho fibromialgia e problemas de coração e assim, mas se eu pudesse ainda trabalhava. (...) Mas é assim, não foi só o trabalho que deu cabo de mim. Foram os desgostos! Foi ver a minha mãe com Alzheimer muito tempo aos meus cuidados... Faleceu a minha mãe fiquei com o meu pai também um tumor na bexiga, também me deu muito... Isso ainda mexeu mais com o meu coração do que mais nada. É deprimente. A minha mãe passado certa altura começou-me a chamar mãe a mim! PAUSA acho que ainda é mais penoso para quem*

*trata deles do que propriamente para eles porque eles não se dão conta de coisa nenhuma e mexeu muito comigo. (...) E então como eu era filha sozinha (...) foi a partir mesmo dessa doença da minha mãe. Talvez para aí há uns 15 anos que comecei a sentir tonturas, agitada, nervosa, tive também uma depressão, e uma coisa arrastou a outra. (Ermelinda, 62 anos, 1º Ciclo)*

A importância da provisão informal de cuidado em Portugal é conhecida, sendo o cuidado informal é um fenómeno bastante complexo, condicionado pelos contextos sociais e económicos, as características da pessoa a cuidar e o tipo de relação existente entre quem cuida e quem é cuidado (Alves J., 2011). São as mulheres que, na sua maioria, tomam para si esta tarefa de providenciar a assistência necessária aos seus familiares em situação de doença e incapacidade, vendo reverter na sua vida, rotinas e condições de saúde, os impactos de ter de responder às necessidades da pessoa a cuidar que, muitas vezes, passam por se retirarem antecipadamente do mundo laboral, se isolarem nas suas relações sociais e suportarem uma carga emocional muito grande.<sup>47</sup>

### **1.3.3. Histórias de vidas de trabalho**

Falar da doença remeteu os entrevistados para outros sofrimentos da sua vida ligados a um passado, ou presente, de pobreza, muito trabalho e dificuldades, sendo a doença enquadrada por todos os padecimentos da vida. Encontramos pessoas com percursos de emigração (cinco entrevistados) e que exerceram atividades tão variadas como ser empregado doméstico em Londres, a ocupações características da emigração para França, nos anos 60-70, como a de trabalhar na indústria automóvel e construção civil, e que se referem à dureza desse passado. Há pessoas que trabalharam desde crianças, tendo com isso prejudicado a presença na escola.

*Já fiz muita coisa. 66 anos, trabalhei quase 50 anos, mas os onze anos já os fiz a trabalhar aqui. O meu primeiro emprego atrás de um balcão como*

---

<sup>47</sup> Sobre os cuidados informais e as necessidades dos cuidadores, consultar ainda, por exemplo, Araújo, Paúl & Martins (2008) e Bandeira (2008).



*comerciante. Depois a minha mãe descobriu que o dono tinha um filho com tuberculose e disse: não filho tu vens já comigo. Por isso regressei à terra. Trabalhei numa fábrica de lanifícios, trabalhei numa padaria, a dar serventia a pedreiros, fui serralheiro. A última atividade foi por minha conta, trabalhei 19 anos como comerciante na venda de lacticínios e salsicharia. (Joaquim, 66 anos, 3º Ciclo)*

*Comecei a trabalhar aos sete anos a guardar umas ovelhas, aos onze anos comecei a trabalhar na agricultura, andávamos a tirar as ervas nas vinhas... Depois fui para canalizador, depois fui para a Inglaterra trabalhar doméstico, tratar os fatos da patroa do patrão limpar pratos, essas coisas, servir à mesa, era assim género mordomo..., depois vim outra vez para Portugal, fui outra vez para a agricultura... Agora estou aposentado desde que tive o enfarte do miocárdio. (Jorge Gomes, 71 anos, 1º Ciclo)*

Há sempre, por parte dos entrevistados mais idosos, uma associação da doença às condições de dureza dos trabalhos realizados na vida, aquilo porque se passou.

*Isso foi em França. (...) e houve um dia que eu estava a lavar a roupa do meu marido, (...) ele era construtor, estava na construção e eu não queria sujar a máquina a lavar. (...) Depois também tinha a minha irmã muito doente, (...) vinham dois enfermeiros, eu tinha que me levantar cedo para depois lhe dar banho e estar preparada para isso. (...) Tive o meu marido também muito doente. Primeiro teve um, desastre, um problema no trabalho, ficou sem uma vista. Depois foi operado a essa vista, depois foi a próstata (...) o que é que ele tinha mais que era... Tinha... apareceram-lhe diabetes. Ainda esteve três semanas no hospital, hospitalizado pelos diabetes. Tinha essas doenças todas. O que eu trabalhei! Que frios apanhei, a espera dos autocarros, apanhava autocarro, depois ainda apanhava metro, depois do metro era outro autocarro. E eu cortava as peças para fazer os motores das, dos carros, e depois vinha o chefe, ralhava, sempre a ralhar... (Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)*

Os sacrifícios passados na vida são bem recordados pelos entrevistados, agora já reformados, e associam-nos aos padecimentos atuais do corpo. Mas as histórias de vida marcadas pela pobreza e dificuldades de vária ordem são, para outros, uma realidade presente. É esse o caso de Albertina, uma mulher com grandes dificuldades,

muito ansiosa na altura da entrevista, pois encontrava-se a aguardar os resultados de uns exames suscetíveis de revelarem esclerose múltipla. Tem uma vida difícil, é uma mãe divorciada com três filhos a cargo, sendo que o mais novo sofre de autismo. Desempregada, a viver com o Rendimento Social de Inserção, sem rede de apoio familiar ou outra, esta senhora desespera com as dificuldades do quotidiano. Perante as preocupações prementes no seu dia-a-dia, a hipertensão e a sua saúde, de um modo geral, detém muito pouca ou nenhuma da sua atenção.

*Porque eu não sei muito bem se isto, se a minha doença é, vai para este lado. Por exemplo, eu vou contar. Entretanto, eu tive uma grande depressão, pronto divorciei-me, fiquei com três filhos e depois o do meio precisou de acompanhamento (...) mandou marcar uma consulta na pedopsiquiatria. Eu fui com ele e o médico pronto, primeiro atendeu-o a ele e depois chamou-me e disse que o ele realmente precisava de ajuda mas naquele momento quem precisava de mais de ajuda era a mãe e então fui encaminhada para a, para o hospital de Sobral Cid para começar a ser acompanhada. (...) Faz três ou quatro anos. (...) Ela mandou-me fazer uma ressonância. Não sei se foi uma ressonância, se foi uma TAC ... Para ver de onde é que vinham as dores de cabeça. E então aí foi detetado que havia umas lesões cerebrais e começou-se a desconfiar de esclerose múltipla. Pronto, estou a ser acompanhada, ainda não há certezas de nada. (...) A causa, o que o médico escreveu foi que tem graves lesões cerebrais, mas no porquê disse que podia ter sido um enfarte, ou qualquer coisa, mas que eu nem nunca me tivesse apercebido. Depois fui-me um bocado a baixo a partir dessa altura quando eu tive assim uns problemas com o pai deles, fui-me mais abaixo e agora há um ano para cá é que me ... Pronto, depois tinha trabalho, tinha trabalho. Há um ano estava a trabalhar num restaurante, depois o restaurante fechou e a partir daí é muito mais complicado e hoje em dia é assim: com 48 anos arranjar emprego é muito difícil. Depois tenho este (refere-se ao filho) entra às nove e um quarto, está na escola. Entra às nove e um quarto, sai às quatro horas. Que é que eu vou fazer? (...) Entretanto, também deu um AVC à minha mãe, esteve internada, depois teve que ir para os cuidados continuados. A minha vida também não... por mais que uma pessoa tente também não melhora... (PAUSA) Não é que há pessoas*

*que, se eu sofro, há pessoas que sofrem muito mais do que eu. (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

Perante tantos problemas que requerem a sua atenção imediata, Albertina não coloca a medicação em primeiro lugar, nem tem uma clara ideia que medicação toma e diz mesmo preferir não saber acerca das suas doenças. As doenças são mais um problema para esta mulher a par com contas para pagar e uma família para cuidar. Esta senhora nunca menciona a hipertensão, mesmo quando a entrevistadora o coloca abertamente. Todo o seu discurso se foca nas razões das suas preocupações: a falta de trabalho, o filho e a possibilidade de esclerose.

*Eu costumo dizer: eu só queria era trabalho. Só quero é trabalho e eu tendo trabalho, até costumo dizer, em tendo trabalho, até nem tenho dores, nem tenho nada. Podem dizer que eu até nem me posso mexer. Eu recebo de rendimento mínimo 325 euros. 325 euros com três filhos! (...) Eu acho que para a hipertensão não tomo. Eu tomo uma data deles, mas são tantos que não... E sinceramente ando outra vez mesmo muito em baixo. Pronto, eu sei que eu tinha que fazer era tudo o que a médica mandava. (...) Eu estava, eu estava bem medicada, estava tudo... Por isso em principio é capaz de, de estar lá o comprimido. Eu sinceramente... e também ultimamente, não tenho andado muito bem ... (...) eram por causa da, da gordura. Como é que se chama? (...) Eu nunca quero saber de nada. Nunca tive tempo para as doenças, até podia estar muito mal, mas pronto, como tenho três filhos e já sou, já estou divorciada há uma data de anos e sempre trabalhei muito para eles, pronto, para eles terem mais ou menos. (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

Tal como no caso de outros doentes, perante situações de grandes sofrimentos ou em que existe a presença de outra doença grave, tudo o que respeita à hipertensão fica anulado face a outros males. A hipertensão não é considerada quando as preocupações imediatas da vida são outras. A inquietação com o futuro é um privilégio dos que estão com o seu presente assegurado (Stichweh, 2000).

## 2. A consulta de hipertensão arterial

Uma das questões de trabalho é saber qual o uso que os doentes hipertensos fazem da consulta de HTA em que se encontram inscritos no seu Centro de Saúde. Como é que entendem a finalidade dessa consulta? De que modo as avaliações e recomendações médicas que aí têm lugar são apreciadas e praticadas pelos doentes? Como é que elas surgem, são apresentadas pelo médico e apreendidas pelos doentes?

Para responder a estas questões incluímos no guião da entrevista perguntas que visavam que os consulentes nos relatassem o sucedido na consulta e, ao mesmo tempo, refletindo sobre ela, que a pensassem quanto às suas finalidades e como eles a usam. O mesmo foi feito por relação às recomendações médicas que por norma têm lugar na consulta.

A consulta específica de hipertensão surge de um conjunto de programas e ações de prevenção das doenças cardíacas sob responsabilidade das Unidades de Cuidados Primários e a cargo dos clínicos de medicina geral e familiar e equipa de enfermagem<sup>48</sup>, dando cumprimento ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares de 2013 (Diário da República, 2003, Agosto 22). A consulta destina-se ao acompanhamento dos utentes a quem foi diagnosticada hipertensão arterial, com vista a diminuir o risco de incidência de doença cardiovascular e estabelecer um controlo e vigilância da doença de acordo com as normas da DGS; monitorizar a hipertensão arterial segundo protocolos estabelecidos; ensinar o utente hipertenso sobre hábitos de vida saudáveis, alimentação, exercício físico e complicações das doenças cardiovasculares e identificar-se outros fatores de risco cardiovascular, hábitos de tabagismos, sedentarismo, dislipidémias, obesidade (ARS Centro, 2011; DGS, 2013b)

Existe um conjunto de recomendações e normas de orientação clínica (NOCs) sobre o procedimento relativo ao controlo médico da pressão arterial.<sup>49</sup> Os utentes hipertensos com valores de tensão arterial controlados deverão ter pelo menos duas

---

<sup>48</sup> Circular normativa da DGS nº 03/DSPCS, de 06/02/2006 (DGS, 2006).

<sup>49</sup> Consultar por exemplo Evangelista Rocha (2012) e Jorge Polónia *et al.* (2006).

consultas médicas e duas consultas de enfermagem por ano, ou seja, pelo menos uma consulta médica e uma de enfermagem em cada semestre.

Todos estes procedimentos emanam do reconhecimento da importância das doenças coronárias nos países desenvolvidos onde se implementou uma estratégia que sublinha a prevenção e a sua ligação causal com os chamados “estilos de vida modernos”. Este princípio de aplicação de uma medicina preventiva, o entendimento da HTA como uma doença crónica e a sua relação com os comportamentos ou hábitos de vida, bem como o elevado número de pessoas afetadas, tornam fundamental o envolvimento dos doentes e que “a luta” contra a HTA se faça ao nível dos CSP, tendo no médico de família o principal vigilante da hipertensão das populações (Williams & Calnan, 1994).

A observação da consulta HTA foi muito importante para abarcar a relação entre clínico e consulentes mas também porque é aí, no universo do consultório, que se encerra todo o simbolismo do sistema médico. Perguntar sobre a consulta e a relação com o médico remete para as representações dos doentes sobre este sistema. As pessoas falam aqui da *doença do médico*, algo bem diferente do que surge nas histórias onde referem a relação com *a sua doença/corpo*.

## **2.1. O observado na consulta**

Sendo o discurso dos doentes sempre uma leitura refeita e parcial do sucedido acrescentamos como instrumento de recolha de dados sobre a consulta, momento central do encontro do doente com o clínico, a observação direta da mesma. Assim podemos observar e registar as interações aí ocorridas, as suas formas, conteúdos, simbolismos de uma forma que só o trabalho etnográfico permite. Esta observação revelou-se riquíssima pela deteção dos gestos, dos rituais e das muitas formas de comunicação e mensagens que ocorrem dentro do consultório médico. Foram acompanhadas um total de seis consultas ao longo de dois períodos ocorridos na última semana de dezembro de 2012 e primeira de janeiro de 2013. Ao longo desta

observação da consulta HTA podemos verificar a existência de um padrão do desenvolvimento da mesma e que ocorre, de um modo geral, como descrito abaixo:

*São 11h. 45m. Entra o doente seguinte sozinho no consultório. Senta-se de imediato. Parece bastante à vontade e perfeitamente familiarizado com o espaço, ocupou logo a cadeira que lhe era destinada. Os doentes ficam sentados ao lado da secretária do médico. O doente tira o casaco. O médico está no corredor a falar com outras pessoas. O doente traz papéis na mão. O médico entra.*

*- Então Manuel, conte coisas boas!, cumprimenta o médico.*

*A Dra. Isabel entra para buscar aparelho de medição no dedo. O doente entrega os exames que tem na mão ao médico.*

*- Veja se são boas novidades. Diz o doente.*

*- Vem cá hoje porquê?, pergunta o médico.*

*- Porque acho que está tudo bem.*

*- De que é que o senhor sofre?*

*- O meu coraçõzinho.*

*- O que teve?*

*- Um enfarte.*

*- Então é para evitar que volte a acontecer.*

*- E as análises? Queria que o doutor me explicasse ....*

*O senhor tem mais ou menos 60 anos, está descontraído.*

*- E o colesterol? Tem andado bom? Pergunta o doente.*

*O médico anota os resultados das análises no computador. Mostra as análises em papel ao doente e explica cada análise.*

*Um toque na porta, entra a estagiária, o médico apresenta-a e explica também as análises à estagiária mas agora em termos médicos*

*- HDL colesterol? Pergunta o doente*

*- Sim, responde o médico.*

*- É preciso tentar comer de três em três horas.*

*- Então quer dizer que os triglicerídeos estão altos? Pergunta o doente.*

*- Tendencialmente altos, sim. Isto é um fator de risco para desenvolver uma diabetes. Massas, pão ...*

*- Reduzir. Conclui o doente.*

*- Reduzir isso. Percebeu? O senhor não tem culpa disso (sublinha o médico). Em princípio é uma questão genética. Joga a favor da possibilidade de diabetes.*

*A estagiária mede a tensão arterial. SILÊNCIO.*

*Estagiária- 160 / 82!*

*Médico- Vamos ouvir o coração dele. Calma...*

*PAUSA. A estagiária ausculta.*

*Doente – no cômputo geral estou...?, acena a cabeça em sinal de mais ou menos.*

*Médico – o problema é que teve um enfarte e 12% das pessoas que tiveram um enfarte reenfata, se não se tiver cuidado.*

*SILÊNCIO, todos parados. PAUSA.*

*Estagiária- Tem desvio esquerdo.*

*Ouvem-se todas as vozes do corredor, falam muito e alto no corredor. As enfermeiras falam no corredor.*

*Estagiária – 88 /84.*

*Médico – Muito bem! Vamos ali à máquina da tortura, por favor.*

*Doente – Vamos lá ver se a minha roupa pesa pouco.*

*O doente dirige-se com a estagiária para a balança. O médico anota no computador. (...)*

*Médico- Vou pedir, sei que é chato, aqui umas coisas (exames, análises)...*

*Doente.- Não é chato. Quero saber se me porto bem ou não.*

*Médico- O Senhor é que sabe se se porta bem ou não! Já vou marcar a sua consulta.*

*O médico explica novamente os medicamentos.*

*Médico- Mas se não houver ajuda da boca e do físico, o efeito será muito menor.*

*O médico assina os papéis todos. - Espero vê-lo cá .... E que se mantenha como deve ser. As hipóteses de um segundo enfarte são grandes se não houver juízo! 20 de Maio análises.*

*Doente- É uma altura boa. Tenho um almoço da tropa! Diz o doente e ri-se.*

*Entra um novo doente. Uma senhora.*

*Médico- Então e hoje veio cá para?*

*Doente - O doutor marcou-me. É para mostrar exames.*

*O médico diz a lista de doenças da senhora à estagiária.*

*Doente.- Preciso de andar.*

*Médico- Como é que tem tomado os comprimidos? Como deve ser?*

*Doente.- Sempre ali certinhos, como deve ser.*

*O médico faz uma lista de perguntas à doente.*

*- Falta de ar?*

*- Não*

*- Urina muitas vezes? Tensão arterial?*

*- Não sei...*

*- Lá está ela...*

*- Olhe doutor, ontem um pinheiro caiu por cima dos animais. Enervei-me!*

*No fim-de-semana tinha ocorrido um grande temporal no país e principalmente na região. A estagiária mede a tensão arterial. – “Estava distraída”, diz a estagiária. – 132 /88.*

*- Vá lá, vá lá, pensei que estivesse pior. Diz a doente.*

*- Patrícia vamos lá à tortura. Diz o médico à estagiária referindo-se à paisagem da consulente.*

*Doente - Rebento com isto já doutor!*

*Médico- Aí esta jovem que aumentou de peso!*

*Doente - Pois. Não andei e enervei-me. Não como muito mas estou mais em casa.*

*A estagiária fecha a porta, mede o perímetro abdominal da senhora.*

*Doente - Sou tal e qual a minha mãe! Deixo de me movimentar um bocado...*

*O médico ajuda a senhora a colocar o cinto e brincam. Risos.*

*- A tensão arterial dá problemas cardíacos, faz resistência no sangue. Explica o médico à doente. – É mexer-se se faz favor!*

*Doente- Mexer mexo-me muito ... (...)*

*O médico diz os medicamentos que escreveu no receituário para quatro meses.*

*Doente- Ver se emagreço agora... se não houvesse chuva.*

*O médico e a doente falam sobre a tempestade e o mau tempo.*

*Doente- Agora posso fazer uma perguntinha que já acabou a consulta? Gosta de quivys? E laranjas?*

*Médico- Eu não como mas lá em casa sim.(...) V. Exa dia 30 de Maio 14h pode aparecer cá para eu ficar descansado consigo? Fazer as análises.*

*Entrega papéis à doente*



*Doente - Olhe Doutor, para o outro fim de semana, alguém aparece lá em sua casa a levar umas coisinhas.*

*Médico- Agradecido. O médico ajuda a senhora a vestir o casaco. Risos sobre a “barrigueta”. Todos em pé. Despedem-se.*

*- Juízo! Isso é que é preciso. Diz o médico. Saem todos, o gabinete fica vazio.*

*São 12h.30m*

*São 12h.33m. Entram duas senhoras: filha e mãe idosa.*

*- Então o que veio cá fazer hoje?*

*- É o mesmo*

*- E o que é o mesmo?*

*- Tenho de levar os remédios.*

*- E porquê?*

*- Tenho diabetes, “epilépias”...*

*- E mais?*

*- Hipertensão, diz a filha*

*- Já se esquecia dessa. Diz o médico*

*A filha explica os valores da tensão e diabetes à mãe.*

*- A tensão não tem andado muito alta mas ontem... se calhar foi por causa daquelas chuvadas. Diz a filha.*

Os excertos do registo etnográfico da consulta, apresentados acima, revelam as presenças de diferentes gramáticas de apreensão do corpo e suas justificações, uma postura pragmática dos utentes face à consulta e face às medidas de higiene de vida e terapêutica farmacológica. O médico, por sua vez, centrado no seu objetivo profissional de manutenção do consulente sob controlo, repete, uma após outra, as questões e procedimentos relativos à avaliação dos parâmetros biométricos, avaliação de exames, etc. e repete também as mensagens educativas tentando levar ou manter o consulente aderente à terapêutica higiénica e farmacológica.

Tudo o observado é claramente enquadrado pelo contexto da consulta em si, o doente face ao médico, um médico carismático e um doente dentro do modelo previsto por Talcott Parsons (1951), que se apresenta submisso, acata as instruções, os silêncios respeitosos. Estamos perante um modelo de consulta, que não querendo ser tradicional (há uma preocupação na distribuição do espaço no consultório de modo a

que, por exemplo, a secretária do médico não se interponha entre si e o doente, explica-se de forma continua ao doente todos os procedimentos e incita-se claramente à sua ação e responsabilidade pelo sucesso terapêutico) se depara com uma utilização bastante instrumental da parte dos doentes. A finalidade da consulta é basicamente entendida por estes como algo que tem de ser feito para buscar receitas ou ver exames.

A observação da consulta evidenciou alguns paradoxos ou perplexidades que resultam da inconformidade do que são os pressupostos teórico-ideológicos e mesmo políticos da medicina atual face ao posicionamento, estratégias e motivações dos doentes.

A primeira perplexidade ou contradição consiste no facto de que se o modelo preventivo exulta a responsabilização individual, a tomada de consciência dos comportamentos individuais, pressupondo na relação com o médico a presença de um “paciente contemporâneo” perante o qual o médico seria um orientador<sup>50</sup>. Não é isto que se observa na consulta nem, de um modo geral, nas narrativas dos entrevistados, no que respeita ao “tipo de doente”.

Embora estes doentes estejam perfeitamente familiarizados com os procedimentos médicos, léxico, medicação, etc., como se constata em outras situações de doentes crónicos, no entanto, a consulta de HTA, parece-nos ser usada pelo doente não no sentido do reforça da sua autonomia pessoal mas colocando no médico a responsabilidade de estabelecer o controlo, de vigiar. A figura do paternalismo médico aparece aqui bem presente e é muito reforçada nas entrevistas dos utentes, sendo mesmo acarinhada por estes. Ou seja, parece haver da parte dos doentes um forte agrado na colocação do médico no papel de vigilante, guarda, controlador.

Contudo, o médico, pelo que foi observado na consulta e verbalizado pelos doentes, está perfeitamente distanciado do modelo formal, autoritário ou diretivo. Pelo contrário, surge despido da imagem de “poder”. Despe-se da própria bata, que não usa (já a médica estagiária está de bata, símbolo que lhe reforça a posição, algo

---

<sup>50</sup> Sobre a evolução e discussão das relações entre clínicos e seus clientes ver Lowton (2004) e Andreassen & Marianne (2010).

importante tratando-se de uma jovem), utiliza uma linguagem simples, de grande familiaridade, simpatia e delicadeza, falando com o doente no plural (“nós”), incluindo ou querendo trazer os consulentes para a tomada de decisões, age de forma aberta, explicando e justificando todas as suas ações e decisões aos doentes. É um médico que conhece bem os seus consulentes, a sua vida familiar, profissional e se interessa verdadeiramente por eles. Muito estimado pelos utentes, este médico de família incorpora os traços próprios de um perfil clínico de grande atualidade: promove o envolvimento do doente, conhece e usa os seus valores e cultura, adapta a comunicação, tem uma postura de grande proximidade (situa o doente defronte a si, sem interpor a mesa, olha para os doentes, ouve-os, toca-lhes, coloca a mão no ombro, ajuda-os a vestir, a levantar).

O segundo paradoxo é o de que, sendo assertivos com as indicações e com a constatação dos dados apresentados pelo clínico, aumento de peso, tensão arterial elevada, falta de exercício físico, os consulentes procuram sempre o enquadramento de tais situações nas ocorrências e contextos da sua vida (foi Natal, esteve sempre a chover, houve uma trovoada, enervei-me...). Existe assim uma discrepância entre o que é a compreensão e aceitabilidade das recomendações e a forma como as mesmas são executadas. Compreender como é que o dia-a-dia está relacionado com uma sociologia do corpo é condição para entendermos as rotinas diárias. Para as pessoas, o corpo, as alterações de peso, valores de HTA, não são realidades autónomas, separadas ou separáveis dos contextos em que elas se situam. As diretivas médicas ficam assim estrangidas à vida, no sentido mais amplo do termo.

No conceito de processo civilizacional de Norbert Elias (1989), sobre a racionalização do corpo através da aplicação das boas maneiras, modos de comer, normas de conduta, etiqueta, *decorum*, etc., a regulação do corpo tinha em vista a interação com o outro. Hoje, essa racionalização não se aplica apenas neste sentido, de nos constrangermos por razões de etiqueta na relação com o outro, mas para a adequação do tamanho (sobretudo no que se refere ao peso) e valores certos no funcionamento interno do corpo.

Em terceiro lugar, na observação ficou evidente o facto de a medicação ocupar um lugar central na consulta. Os consulentes trazem consigo sacos de medicamentos,

embalagens vazias, mas sobretudo meio vazias, que depositam na secretária do médico, algumas vezes trazem também os fármacos dos esposos ou dos pais para pedirem receitas. Vêm buscar receitas, que levam em triplicado, muitos deles chegando a estar medicados com mais de oito fármacos em simultâneo. Dada a idade destas pessoas e os seus quadros clínicos de multipatologias, o número de fármacos que utilizam pode não ser surpreendente. Estas embalagens de comprimidos passaram a povoar a vida, as cozinhas, as mesas-de-cabeceira, as refeições destes doentes, que os conhecem pelas cores e pelos lugares onde os têm, que muitas vezes se interrogam quando e como os devem tomar, uns sabem para que fins se destinam, outros não.

Num efeito de iatrogenese clínica (Illich, 1975), os fármacos, ao suprimirem os sintomas das doenças, ao normalizarem o valor da HTA, provocam o efeito perverso de fazer o doente crer numa situação de “boa saúde”, não tendo de alterar os seus comportamentos pois isso não se reverteria em nada, dada a constatação da “normalidade”. A própria toma do “comprimidinho” já se reverteu em normalidade. Nas entrevistas, porém, foram uma exceção os doentes que afirmaram de forma perentória a sua utilização da consulta para a obtenção de receitas, expressando, na generalidade, que *o seu* Doutor não era um “receituário” e que não gostava de dar comprimidos.

## 2.2. O dito pelos consulentes

*(...) fui pesada, medi a tensão. A balança é que estava mais pesada...*

- *A mim auscultou-me todo!* (entrevista pós-consulta Teresa e António, esposos)

Perguntou-se aos doentes “o que se passa” na consulta. Para alguns a consulta é vista como «o mesmo sempre, a mesma conversa de sempre». Pesas, medir, auscultar, ver análises e as recomendações habituais relativas à alimentação e ao «mexer-se».

A descrição dos momentos da consulta feita pelos utentes centra-se de imediato na obtenção de dados biométricos levada a cabo pelo pessoal da

enfermagem mas e sobretudo pelo médico. Medir e pesar são as duas situações mais registadas e sublinhadas pelos doentes. Nas palavras destes, é aqui que se vai revelar a *verdade* do seu estado de saúde. As medições, tal como foi observado na própria consulta, são um momento de alguma solenidade, marcada por uma pausa nas conversas, por um momento de maior concentração do médico, bem notado na auscultação, por exemplo. Após esta averiguação dos parâmetros do corpo, o doente aguarda respeitosamente a palavra de avaliação do médico. Os doentes descrevem assim a prossecução da consulta:

*A primeira coisa vou à enfermeira. Medir a tensão, medir o perímetro abdominal e pesar-me, que é sempre uma desgraça, mas pronto (RISOS). E ela vai registando. Depois chego lá ao doutor e ele faz outra vez a mesma coisa e tira-me sempre qualquer coisita (RISOS). Diz assim "Tenho que ver a balança daquele lado que ela não anda bem" (RISOS). Pronto no doutor volto outra vez, ele faz outra vez tudo. Ele lê tudo o que está no computador, mas ele volta a fazer. Perímetro, peso e medir a tensão. Porque normalmente a tensão da enfermeira... Quando às vezes 13 na enfermeira e às vezes é menos qualquer coisa logo no médico. (...) Pronto, eles fazem a média. Mede-me a tensão nas pernas e receita e fala comigo e pronto. E diz-me para eu ter cuidado, para não saltar refeições, porque eu tinha muito a mania de saltar as refeições. (Ana Isabel, 67 anos, 1º Ciclo)*

*Primeiro vou à senhora enfermeira. Antes ia, mas agora já um tempo que o senhor doutor não me manda lá. Ela teve uma bebé. A enfermeira fazia-me isso primeiro e depois ia ao computador e, com certeza, que era isso que eu percebia, registava e já ia para o senhor doutor. Quando chegava pesava-me. Também me pesava. E depois já ia para o senhor doutor, já ele estava mais aliviado. Com certeza que era para isso, não é? (...) O Dr. Rui via-me os pés ... Ele vem-me sempre a ver este pé. E auscultava-me e via-me, fazia a inspeção geral (RISOS). (Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)*

Se no caso destas utentes parece haver uma compreensão das ações levadas a cabo na equipa de saúde, por enfermeira e médico, em que o doente é chamado primeiro à sala de enfermagem onde a enfermeira realiza a primeira medição da tensão arterial, peso, perímetro abdominal, são muitos os entrevistados que não

compreendem a razão destes procedimentos estando claramente presente nas representações destes utentes a hierarquia profissional clássica entre o trabalho da enfermagem e do médico.<sup>51</sup>

O trabalho da enfermeira e o seu tempo parecem ser desqualificados ou minorizados face ao tempo do médico e à competência e valor das verificações deste. Alguns doentes chegam a verbalizar que o médico *tem de* voltar a repetir as medições feitas pela enfermeira para se certificar se estão corretas. A verdade é que, não sendo explicado aos doentes o porquê de duas medições da HTA, e estes nunca questionam nem a enfermeira nem o médico sobre isso, tal facto dá azo a várias interpretações: para o médico *não perder* tempo, para ver se a enfermeira mediu bem, para voltar e ser ela mesmo a confirmar. A mesma diversidade de interpretações surgiu quando os doentes, por um período de tempo e porque a enfermeira da equipa de saúde familiar esteve em licença de maternidade, deixaram de passar antes da consulta pelo gabinete de enfermagem e são chamados logo para o consultório médico. Para alguns doentes a razão desta mudança passaria pelo facto de, dada a crise financeira, a enfermeira ter sido despedida, ou haver menos enfermeiros e ela não estar porque foi chamada para outros serviços, havendo utentes que julgaram ter o próprio médico dispensado essa passagem pela enfermagem pois não seria necessária.

*(...) Antigamente era na enfermeira, mas agora parece que a redução de custos também nos centros de saúde leva a que sejam os próprios médicos a fazer isso. Só se é também por eu vir muito cedo. Normalmente venho à consulta às oito, oito e um quarto da manhã e pode às vezes não haver quadros suficientes para o efeito a essa hora. Pode ser isso. Por acaso nunca me preocupei em saber isso, mas sei que nas últimas vezes que tenho vindo é sempre o doutor que me faz essas situações, esse rastreio todo (RISOS). Pois era. (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)*

Estas ideias não resultam de modo algum de uma má apreciação pessoal da

---

<sup>51</sup> Sobre este assunto e as representações dos diferentes grupos profissionais consultar Noémia Mendes Lopes (2001).

enfermeira da equipa, nem dos profissionais de enfermagem.<sup>52</sup> Muito pelo contrário, todos os utentes são unânimes em afirmar a simpatia e amabilidade das enfermeiras, referindo-se mesmo a esta enfermeira como “uma mãezinha”, o que revela bem a perpetuação da imagem estereotipada da enfermeira (Lopes, 2001).

*Muito educado (o médico) com o doente, aliás a enfermeira lá também que me atendia é também de uma delicadeza extrema.... Aquela mãezinha que ela é....*  
(Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)

### 2.2.1. O ritual

Na própria descrição da consulta, os utentes relatam uma espécie de ritual que sucede nestes encontros e que dizem já conhecerem bem. Este padrão foi também identificado aquando da observação direta da consulta.

*Primeiro o médico vem à porta. Ele fica no corredor e manda entrar. Depois manda-me sentar. Ao fim de estar sentado é que ele se senta. Depois ele levanta-se outra vez começa logo a auscultar, (...) escuta-me, escuta-me todo dobrado para baixo, assentado, pronto. (Jorge, 71 anos, 1º Ciclo)*

*Às vezes vou à enfermeira, outras vezes é mesmo o médico que me mede a tensão e me faz essas coisas. É medir. Medir não que ela agora já sabe a minha altura (RISOS). Mas é pesar, às vezes, mede-me o perímetro abdominal e medem-me a tensão arterial. E pronto depois conversa, como é que anda como é que não anda, como é que isto como é aquilo "Olhe vamos pedir-lhe esta análise. Vamos pedir-lhe aquela. Vamos coisa." E eu faço as análises que eles me mandam. (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

A grande maioria dos doentes tem dificuldade com o uso dos termos empregues na prática médica. As palavras são difíceis de pronunciar, o seu significado não tem um entendimento completo e claro. Contudo, os entrevistados mostram

---

<sup>52</sup> O que está de acordo com os resultados encontrados quanto à satisfação face aos cuidados de enfermagem dos utentes deste CS, analisados por Sónia Lopes (2013).

sempre vontade de utilizar o léxico médico. Porém, algumas das pessoas inquiridas revelam profundos e assertivos conhecimentos dos termos técnicos dos exames, dos fármacos, das doenças e de todas as prescrições e recomendações. É o caso do senhor Manuel José e outros entrevistados com níveis superiores de habilitações académicas e uma enorme familiaridade com a medicina.

*Primeiro passo pela enfermeira e vejo o peso e a tensão arterial, às vezes também o perímetro abdominal também é ela que vê. Depois vou falar com o médico, e o médico até normalmente pede a um interno e normalmente, quase sempre, me manda fazer uma análise ou outra, análises muito parcelares, não é aquele chek up completo. Uma vez é a hemoglobina, outras os triglicerídeos.... De cada vez que lá vou levo sempre análises, de três em três meses. Ele vê, faz-me o receituário, renova-me o receituário, tomo dois medicamentos para a tensão arterial (...) também me manda fazer exames da asma, ainda agora me mandou fazer exames da capacidade pulmonar, e às vezes deita-me na marquesa e mede com mais cuidado a tensão arterial nas duas pernas e nos dois braços. Tem estado sempre bem. Ultimamente não tenho medido a tensão arterial na femoral ... e ainda me ausculta o bater cardíaco. Disse que a válvula mitral estava bem. Também me auscultou as carótidas, diz que também estava bem, portanto as artérias estavam bem e portanto é isto. Isto são os exames de rotina. (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

A consulta de hipertensão é vista por muitos doentes como um privilégio. Uma consulta é um privilégio a que nem todos têm acesso nestes tempos de crise, segundo alguns entrevistados. Deste modo, ser hipertenso dá a vantagem de ter acesso a consulta regular, o que para outras pessoas pode ser muito difícil.

*Eu já disse que às vezes é sempre difícil marcar consultas, não é? Cada vez mais. E então a quem não tem médico de família, que é o meu caso. Nós não temos médico de família porque a doutora foi-se embora. Mas eu fiquei com médico, fiquei privilegiado porque acabei por ter um médico dada a situação de ser hipertenso. Então eu tenho, mas os meus filhos e a minha mulher não têm. É sempre um pandemónio para se marcar uma consulta. Eu não! Pelo menos de três em três meses eu tenho (...) e depois até me queixo de outras*



*coisas se for preciso, não é? Aproveito, aproveito. Também aproveito para ver o resto.* (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)

Tal com faz o senhor João Rodrigues, sobretudo no caso em que outros elementos da família não têm médico ou mesmo não dispõem de tempo para marcar uma consulta para si, na consulta de HTA aproveitam a consulta para expor ao médico todos os problemas, os seus e dos seus familiares.

### **2.2.2. Para que serve a consulta?**

A quase totalidade dos utentes entrevistados declara que a consulta de HTA é muito importante para si. Apenas duas pessoas entendem que a consulta não é importante ou necessária. As razões desta importância são, no entanto, variadas. Identificamos três grandes finalidades ou razões mencionadas pelos doentes relativamente ao uso que fazem da consulta: a consulta HTA serve para pedir receitas, exames ou análises clínicas e saber os resultados; serve para andar controlado ou vigiado pelo médico; e para resolver problemas ou situações de saúde que apareçam e/ou preocupem. São sobretudo as duas primeiras razões as mais realçadas pelos inquiridos.

#### ***A consulta é para pedir receitas***

Os medicamentos estão sempre presentes na consulta, os doentes fazem-se acompanhar por sacos de medicação que têm em casa, mostram as caixas, trazem listas de pedidos de receitas. Para alguns hipertensos, as consultas de HTA destinam-se a *ir buscar receitas* dos fármacos necessários. A presença de medicamentos é uma constante, e em muitos casos imprescindível, nos quotidianos destas pessoas e portanto a presença regular na consulta para pedir novas receitas apresenta-se como uma necessidade, mesmo para os doentes que têm também acesso a medicina privada, geralmente de cardiologia.

*Porque eu quando venho cá venho buscar ou algum medicamento, ou para ele me receitar algum exame para eu ir fazer. Seguir a medicação. (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

*Sem dúvida, sem dúvida, a consulta é muito importante. Mas é que isso nem duvide. Já sabe que é sempre a mesma coisa. Muitas vezes peço-lhe receitas, porque aqui passa-me receitas para seis meses, no meu sistema de saúde não passam.(...) Porque também é muito difícil... eu tenho medicamentos que uns têm 28 comprimidos, outros têm 70, outros têm 58. Nem que eu queira fazer uma estimativa do que eu tomo nunca sei. E depois são muito caros. São 150, 160 euros todos os meses só para medicamentos. Como diz o meu afilhado, que é farmacêutico e é ele que mos traz "Eu não tenho culpa que tu tenhas uma doença de rica." (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

*São, são importantes. São, porque eu gosto de saber como é que eu estou. Mesmo que seja... Tenho aquela consulta e venho. Para confirmar e os medicamentos. No outro dia trouxe-lhe os medicamentos todos. Hoje também trazia um, porque li um que é um bocado ativo. (Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)*

*Saio muito despreocupado normalmente, quando os valores estão dentro da normalidade. Quando ele (médico) diz: "Pronto, isto está bem pá. Continuas com a mesma medicação." Ele, ele costuma dizer: "Quando uma equipa está a jogar bem, não se lhe mexe." Pronto, e lá vou e já ando com aquela medicação desde que ele me detetou isto. Que é o Ramipril, que é para a tensão à noite. É Cilastatina e é o Risidon para a diabetes. Ah! E depois tomo uma aspirinazita para .... Pronto, isto à noite, tirando agora alguns que eu... (João Carlos, 52 anos, 3º Ciclo)*

*Ou a requisição de análises ou requisição de medicamentos. Ou a receita vá lá. Ou a receita ou pedir uma receita, normalmente ou pedir uma requisição de alguma análise que seja preciso ou ir perante sintomas que o indivíduo sente, conversar com o médico e o Dr. Rui nesse aspeto não há dúvida nenhuma que ... (Nunes, 63 anos, Ensino Secundário)*

A instrumentalização da consulta para ir buscar receitas é afirmada de forma clara por alguns doentes. Um utente utilizador de terapias termais, que faz anualmente termas no Gerês, descreve desta forma a sua vinda à consulta de HTA:

*Venho cá: “Doutor, quero o Captropil e o Zinasen.” Ele passa a receitazinha no computador, eu vou-me embora. (Francisco Manuel, 67, Curso profissional)*

### ***A consulta é para andar controlado pelo médico***

A par da necessidade de levar receitas, o motivo mais invocado pelos doentes para a existência desta consulta é o controlo. *Andar controlado* pelo médico é entendido como sinal de segurança, conforta, e para alguns doentes parece ser essencial para que estabeleçam eles próprios também algum controlo sob a sua saúde. Esta ideia, tantas vezes proferida de que *a consulta serve para controlar*, numa representação do médico como figura de polícia ou árbitro que vigia o corpo e os comportamentos dos doentes, denota uma distância assinalável dos princípios orientadores do paradigma da participação e responsabilização do doente, em que a motivação, avaliação e os comportamentos salutogénicos têm origem na consciencialização da pessoa, cabendo ao médico apenas um papel de esclarecimento e orientação.

Se, no caso dos hipertensos entrevistados e consultas observadas, o médico pretende ocupar este lugar, de não decidir pelo doente ou controlá-lo no sentido acima exposto mas de aconselhar e orientar, da parte dos doentes nota-se claramente, na maioria dos casos, um forte apego ao lugar de “querer ser controlado”. Este conceito é usado no sentido de prevenção, de antecipação, mas também e, ainda com maior frequência, no sentido de “olharem por nós” e dizerem-nos o que fazer.

Os excertos das entrevistas abaixo ilustram estes entendimentos da finalidade e importância da ida à consulta.

*É importante para se saber como é que se está! Para controlar! (RISOS) É importante para controlar! Ele (o médico) está a olhar pela minha vida, não é? Ele está a olhar pela minha vida! (RISOS) (Francisco, 46 anos, 1º Ciclo)*

*É de seis em seis meses. É medir a tensão, antes disso faço análises, pesar, ver o resultado das análises e pouco mais. Para mim é importante para controlar, serve para controlar. Se andarmos bem a tensão também anda bem e o resto.* (Afonso, 64 anos, 1º Ciclo)

*Eu acho que é bem que é para controlar a situação. Eu para mim acho, eu acho que tudo tem de ter um controlo.* (Simão, 78 anos, 1º Ciclo)

*A importância é uma importância boa. É uma importância para o nosso bem-estar é uma importância boa. É bom porque é uma consulta em que se pode prevenir a tempo, a gente pode encontrar alguma coisa que ainda consiga que essa doença que não se vê possa ser descoberta a tempo. Outras que já estejam expostas ver se se estão a agravar ou não. Pode algumas doenças como é o caso do ácido úrico ou do colesterol, da “atenção” e tudo..... muito importante mesmo.* (Paulo, 50 anos, 1º Ciclo)

*É para a gente saber como é que estamos. Não vamos nós de hoje para amanhã ter algum problema e dizer se eu tivesse ido à consulta eu não estaria assim. As consultas são boas de três em três meses. Se é preciso fazer análises fazemos, se não é não fazemos (....) muito úteis, não é só vir quando uma pessoa está à rasca. Não a gente deve vir é antes que as coisas aconteçam e assim com estas consultas a gente sabe que está tudo mais ou menos bem. Agora virmos quando a porta foi roubada não. Estas consultas servem para nos controlar. Para ver como é que nós andamos e para haver equilíbrio* (António, entrevista pós consulta)

Os doentes referem que se não tivessem a consulta de HTA agendada não viriam ao médico, o que, no seu entender, seria mau pois deixariam a doença avançar.

*Primeiro esta consulta serve para eu ver se o meu problema se está a manter, se está a gravar, nesse aspeto acho que é importante a gente saber o estado em que está. Basicamente é isso. Sendo assim acompanhada vou fazendo exames, vai-se medindo a tensão vai-se ajustando, se for o caso a medicação, e eu acho que se ganha pelo menos qualidade de vida, não é? Eu penso que sim, que é muito importante vir fazer estas consultas, até porque quando venho fica logo marcada a outra na altura em que o médico entende que deve ser feita, e*

*se calhar se não ficasse marcada eu era capaz de andar a andar e só quando andasse mesmo, quando me sentisse muito mal é que eu acabava por vir marcar uma consulta para vir ao médico. E assim está marcada eu tenho de cumprir, tenho de vir. Acho que isto é muito importante. (Lurdes, entrevista pós consulta)*

*É de rotina. Fizemos o check-up, como eles lhe chamam (...) estas consultas são boas porque se nós deixamos andar e não se vem à consulta não sabemos como é que andamos, não é? Então? Mesmo a tomar medicamentos. E assim vamos mais ou menos com a conversa do Sr. Dr. sabemos que podemos andar mais uma temporadacita. (RISOS) Há tantas pessoas piores do que eu! Sou muito preguiçosa para vir à consulta! Às vezes o meu marido é que até me obriga... Porque eu se pudesse nunca vir à consulta não vinha. Logo que me sinta bem! Mas é bom, porque assim vou mais descansada. Venho porque fica marcada e pronto ouvi o Sr. Dr. e sei que já posso andar uma temporada aqui mais aliviada. (Teresa, entrevista pós consulta)*

*É muito importante. Se não fosse este tipo de consultas, se fosse só quando a gente lhe apetece e quando lhe dói ... vinha quando estivesse já com os pés cá para a cova, com certeza. Não é que eu sou daquelas pessoas que fogem aos médicos... Agora já nem posso! Mas se houvesse coisas que eu possa tentar resolver em casa, tipo constipações e assim, resolvo. Mas há situações que eu noto que já não, em casa não se consegue. Por exemplo, ando aqui à rasca da garganta (...) Eu acho que outras pessoas deviam, acho que todas as pessoas a partir de determinada idade deviam fazer uma consulta com alguma frequência. Deviam fazer umas análises, ver, fazer um check up. (...) Pelo menos para as pessoas andarem descansadas. (Filipe, 41 anos, 3º Ciclo)*

Numa consulta, que é entendida pelos hipertensos como um controlo e que avalia os comportamentos dos doentes, estes gostam de sentir que cumprem, que se portaram bem, não querem ficar mal vistos. Nalguns casos, há mesmo uma certa postura infantil no dizer-se que se cometeram asneiras, que o médico vai ralhar, que se comportam bem. Geralmente estas expressões são acompanhadas de riso, revelador de que foi cometida alguma pequena “infração”, que será descoberta ou revelada aquando da pesagem ou realização de análises.

*(As consultas) são muito importantes porque uma pessoa está acompanhado, são porque são uma maneira de me controlar, de haver um controlo. E é bonito quando o médico me diz assim olhe afinal já emagreceu mais um quilítito, já perdeu mais uns centímetros e os seus exames está tudo bem, não há problemas nenhuns.... Se estiver mal também já sei que levo na tarraqueta do médico (RISOS). (António, 66 anos, 1º Ciclo)*

*Importantíssima! Eu devo-lhe dizer, que portanto, ainda há situações em que há, e nós reconhecemos isso. Eu posso-lhe dizer que na altura das férias eu vim cá e nessa altura trouxe análises e aquilo estava tudo alterado, evidente. Houve abusos evidentemente e uma pessoa também... e chego aqui e a doutora que assiste às vezes o doutor, ficou um bocado assustada. Ah umas comidas mais, uns mariscos, umas cervejas, umas coisas e tal foi logo o colesterol, os triglicerídeos, o ácido úrico. Isso altera tudo! Portanto isso nós sabemos. (Henrique, 60 anos, Ensino Secundário)*

### ***A consulta é uma avaliação da doença e do doente***

Existe entre muitos doentes uma ideia da consulta como uma avaliação pessoal do seu comportamento, em que o médico se apresenta como alguém que vai avaliar o estado do seu corpo, da “máquina”, mas também ficará melhor ou pior impressionado com o comportamento do seu doente, se teve ou não juízo.

*Eu considero importante a visita ao médico porque... Isto é a mesma coisa, se a vinha não está guardada, o ladrão tem mais oportunidades, e isto quer dizer que o médico é para mim o guardião da minha saúde e se eu sei que vou ao médico de três em três meses, e se eu por exemplo, 15 dias antes verifico que subiu o meu peso e então eu, para agradar ao médico, vou tentar baixar o peso nestes 15 dias. Quer dizer, o médico é para mim uma espécie de examinador, de júri de exame perante o qual eu vou prestar provas, também é um bocado isso. E para mim faz-me falta que o médico me veja de três em três meses porque eu assim tenho mais cuidado com o peso, ver a tensão arterial, com a alimentação, não só por causa do peso mas também, não quero apresentar ao médico por exemplo, valores de glicémia altos, não quero, quase tenho vergonha, chegar lá e dizer assim "você não é capaz?" Eu sei que o médico não*

*me dizia isto! Porque é uma pessoa educada, mas eu próprio é que fico em cheque, não é? Portanto uma pessoa em quem eu tenho confiança, tem confiança em mim..... A visita que eu faço ao médico de três em três meses, acho para mim que é essencial por isso. (Manuel José, 71, Ensino Superior)*

*É importante, claro! Se o médico me quer ver, porque eu posso estar a enganar o médico, não é? Se ele me cá quer ver com umas análises, ora eu tenho que respeitar. Tenho que para já pensar em mim, dizer assim: "Eh pá, se eu vou abusar, as análises dão valores que não interessam e o médico pode dizer assim: "Então, mas eu estou-me aqui a chatear com este gajo? Então, ele não cumpre aquilo que eu digo e eu estou-me a chatear com ele? (...) As pessoas têm que respeitar as pessoas que mais sabem. (Manuel Augusto, 79 anos, 1º Ciclo)*

Há uma avaliação dos parâmetros físicos.

*Espero uma avaliação. Com tantos problemas... Para já uma avaliação, tensão arterial seria impensável que não fizessem. Depois.... fazem-me uma avaliação aqui das jugulares ou caróticas não sei exatamente.... A observação dos membros inferiores, inclusive creio que também a tensão a nível dos membros inferiores.... (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

Mas também uma avaliação do comportamento.

*Para que me serve? Para ter mais juízo. Para ter um bocadinho de mais juízo. (...) Portanto eu tenho de andar na linha, direitinha. Para saber se tudo está bem. Se não há perigos mais nenhuns, para ver se está tudo bem (...) eu hoje faço uma asneira, mas amanhã já não faço, depois já não faço. Como eu tenho um bocadinho pouquinho de diabetes agora nestas festas eu comi muitos doces! Depois começa assim o meu marido, tu andas a abusar! Olha, agora nas festas eu vou comendo, depois paro, prontos acabou. e assim faço. (Maria, entrevista pós consulta)*

*É. Ainda a última vez que estive aqui o Dr. Rui disse-me "Epá você qualquer dia tem que ganhar um prémio!" "Então porquê doutor?" "Porque a sua glicemia desta vez baixou um bocado.". Porque ele faz-me isto trimestralmente. (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)*

### ***A consulta é uma rotina***

A consulta de HTA é vista como uma rotina, algo que se tem de cumprir mesmo que não seja com vontade. Para alguns doentes nem se trata bem de uma consulta.

*Uma consulta de rotina, normal quando eu cá venho. Uma consulta a sério em que ele me tenha mandado para o hospital, apenas uma vez. Venho cá, portanto, ele receita-me o Captopril dá para três meses, Daqueles triplas, dá para três meses (Francisco Manuel, 67 anos, Curso Profissional)*

*Eles é que marcam: risco cardíaco, eles marcam. (...) Às vezes passo pela enfermeira, outras vezes faz ele tudo sozinho, o médico. Mede-me a tensão e aqui nos membros inferiores, pesa-me (RISOS) vê se preciso de medicação se não preciso de medicação, se eu preciso de medicação dá-me logo por três meses, e pronto. (Simão, 78 anos, 1º Ciclo)*

Há doentes que manifestam não gostar de vir à consulta, a todas as consultas de um modo geral.

*Eu venho quando tenho de vir. Não venho se calhar com a frequência que devia vir.*

*E- E quando entende que tem de vir?*

*Quando me sinto doente, exatamente, por essa situação. Só venho mesmo por necessidade! A consulta serviria para tentar alterar alguma coisa, ou que me possa a longo prazo ir aliviando mais.... O médico sabe perfeitamente que eu não gosto de vir para aqui. Não tem a ver com as pessoas, não tem a ver com nada, tem a ver com eu pessoalmente não gostar de vir, destas andanças, depois ainda agora ele disse, estava-me a descrever o que eu tenho no computador e para a idade que eu tenho já tenho muita coisa! (RISOS) é só desgraça! (...) Se vier cá ao médico estou seguro, o médico está a conhecer a nossa situação, o nosso ambiente se está bom se está mau, se está a conseguir fazer aquilo que ele quer. (Pedro, entrevista pós consulta)*

*Fica marcada e depois eu venho cá e perguntam "Então como é que tem andado e não sei quê e coisa. Vamos ver a tensão, vamos pesar, vamos (...) Eu*



*considero importante na medida em que pois convém um pessoa, e então com a minha idade, já convém andar a ser vigiada. Mas eu não gosto muito, é como lhe digo, não gosto muito de andar cá todos os dias. Portanto como é uma vez de três em três meses venho. (Arminda, 71 anos, 1º Ciclo)*

Alguns doentes, como os casos acima, entendem a consulta como algo a que se deve vir quando é preciso, o que significa dizer quando sentem que estão perante um problema que considerem grave e não possam resolver em casa ou em situação de dor forte. Mas, a generalidade dos entrevistados diz «gostar de ouvir o médico».

*Venho para o nosso bem-estar, para ouvirmos o médico, faz-nos bem ouvir o médico! Eu não sou muito de vir ao médico mas quando preciso sim. Fico mais aliviada. Para vigiar a nossa saúde, não é? Se não for preciso não estou a maçar o médico por tudo e por nada.... Tenho lá um aparelho em casa para ir medindo a tensão. Quando está mais elevada e não consigo combater lá venho eu ao médico, quando tenho alguma dor forte também, de resto vou andando. (Irene, entrevista pós consulta)*

Estes dados são similares ao que foi encontrado num estudo em Inglaterra que procurou saber se os mais idosos (com idade superior a 80 anos) procuravam mais ou menos ajuda médica (Elias & Lowton, 2014). Tal como neste estudo, também os utentes da consulta de HTA consideram que há “coisas” pelas quais não vale a pena procurar uma consulta (uma constipação, pequenas dores musculares) e que podem tratar por si. Outras, devem ir ao médico mas este também pouco poderá fazer pois devem-se mais à idade do que à doença. Consequentemente, a valorização da consulta é relativa ao entendimento da sua *real* necessidade e utilidade, não valendo a pena estar a incomodar o médico nem a si mesmos.

### ***A importância das análises clínicas***

Todos os doentes dão uma enorme importância à realização de análises e outros exames. As análises servem como “detetor” da verdade, trarão ou não a prova da doença mas também do comportamento do doente. Os números apresentam a verdade, os factos inegáveis. Perante os resultados revelados pelas análises é que o

médico poderá julgar. Esta é a ideia que muitos doentes partilham: no resultado das análises está a definição da sua situação como boa ou como problema, se os valores estiverem fora dos considerados normais.

*O Dr. Rui é uma pessoa extremamente delicada, nunca impõe nada.... Colocar em termos estatísticos é uma forma de motivar. Mas nessa altura ainda não me motivou de veras, até porque as análises continuavam boas. (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

*Sim... preocupado com ... (o resultado dos exames que vai mostrar). Porque é assim: eu quando os envelopes davam para abrir, eu abria-os logo, mas agora aquilo tem uma ranhurazinhas e se eu abrir ele (o médico) vê logo que eu ando lá a mexer. Porque aquilo tem o valor, tem o valor...Mas agora eles utilizam umas cartas que aquilo cola mesmo e já não descola mais. Eu também não quero que ele ... chegar cá com o envelope e ele diga assim: “Tu andaste a abrir isto por alma de quem?” Ou: “O que é que tu percebes disto?” Então, já há um tempo para cá que não, que não costumo fazer isso mas, felizmente tenho cá chegado os valores tem estado tudo dentro da normalidade e pronto e cá vamos andando assim. (RISOS) (João Carlos, 52 anos, 3º Ciclo)*

*As análises eu penso, pronto, eu não sou médico, mas penso que as análises são importantíssimas na vida de um médico e depois os exames complementares são importantes. Mas as análises são o ponto forte disto tudo, porque se a análise estiver mal nisto ou naquilo já se fazem as correções. (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)*

*Quando venho à consulta, venho munido das análises. Ele vê, se concorda com os valores muito bem, se não concorda diz-me logo: “Olha, isto está mal, temos que corrigir aqui.” Se achar que é necessário medicar, medica mas, ele também é um bocado alérgico ao medicamento e está sempre a avisar que a boca que pode resolver muita coisa. De forma que.... (João Carlos, 52 anos, 3º Ciclo)*

### ***O corpo como uma máquina***

As imagens do mundo das máquinas, sobretudo do carro e do corpo como um modelo de tubagens, estão muito presentes nos relatos dos entrevistados. As metáforas usadas para descrever o corpo e o que se passa no corpo, estão fortemente associadas aos objetos e vivências do dia-a-dia. As metáforas funcionam por associação, comparando duas entidades não associadas entre si mas em que se destacam as semelhanças entre elas (Lupton, 1994, p. 54 e ss.). As metáforas produzem uma “naturalização” de objetos desconhecidos ou controversos que, deste modo, se tornam familiares e óbvios. Por exemplo, a imagem do coração como uma “bomba”, que pode “avariar” e que acelera ou abrandar, levando a “pressões altas” ou baixas, tem sido tão naturalizada que já nem pensamos neles como uma metáfora. Contudo, as imagens populares à volta do coração são imensas e muito poderosas: como símbolo do amor romântico (“coração partido”), da bondade (“ter bom coração”) entre outras, o que faz com que este órgão seja tão emocional como físico (Lupton, 1994, p. 59), bem como as patologias a ele associadas.

*As consultas são aquelas consultas que nós fazemos trimestralmente e, claro, são para ver como é que a máquina está. (Irene, entrevista pós consulta)*

*Eu quando venho não é só para hipertensão. Eu venho para diabetes e por tudo. E o médico quando me vê, vê-me por tudo. Manda-me fazer análises a tudo. São boas. São importantes, importantes. Porque se alguma coisa estiver mal, se alguma coisa estiver mal, às vezes a gente não sabe que está uma coisa mal e é aí que a gente descobre. Nas análises é a mesma coisa. Portanto a gente deve fazer as mesmas análises trimestralmente. É a mesma coisa que eu tiver o motor do meu carro e se nunca for com ele a um técnico a ver se está tudo normal. Se eu não for a um técnico chega a um ponto que parte (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)*

*Vou ao Dr. Rui. Ele faz questão de chamar. (...) Eu inicialmente, quando eu tive o enfarte isto estava obstruído. Eu estou com três antiagregantes plaquetários. Que era a aspirina, o clopidogrel e o clopidrogrel. Portanto, aquilo é para limpeza da canalização, entre outras. (...) Para regularizar a situação. A*

*canalização está limpa. (Anibal, 59 anos, Ensino Secundário)*

Porque remetem para uma visão do corpo como composto por peças, tal como o carro ou as bombas e tubagens, em que estas podem ter problemas e necessitar de reparações, tendem a levar a uma valorização de técnicas médicas que fazem uma “reparação” localizada sobre a parte específica do corpo onde reside o problema.

### **2.3. A relação com o médico**

A relação com o médico é central no que respeita à consulta. Tal como é dito por Myfanwy Morgan (1993, p. 47), “o sucesso ou insucesso dos encontros entre doente e médico é geralmente influenciado pela natureza da relação entre médico e doente”. A importância do ambiente desta relação, da fluidez e à vontade da conversa, da compreensão da informação, a criação de uma atmosfera que permita uma discussão sensível, não apenas ajuda o médico no diagnóstico mas também influencia a resposta do doente. Este aspeto tem sido particularmente estudado sob o ponto de vista da adesão terapêutica, sobretudo no que respeita à adesão à terapia farmacológica (Gascón *et al.*, 2004).

Reconhecendo que a natureza da relação entre o médico e o doente tem um papel muito importante no tratamento e para que os doentes se sintam bem e satisfeitos com a consulta, vários trabalhos procuram perceber as formas e determinantes deste relacionamento. Alguns desses trabalhos retratam as expectativas sociais que giram à volta dos comportamentos dos médicos e dos doentes, sublinhando os seus valores comuns. Outros examinaram os modos em que médicos e doentes divergem nas suas crenças, conhecimentos, expectativas, e mostraram como cada um pode procurar influenciar o processo e resultado da consulta (Morgan, 1991).

O trabalho pioneiro de Talcott Parsons (1951) é uma referência obrigatória sobre a relação médico-doente e os constrangimentos do sistema social sobre ela.<sup>53</sup> Sucintamente, segundo Parsons, tal como o que sucede com os restantes papéis sociais que os indivíduos desempenham na sociedade, médico e doente têm padrões de comportamento predefinidos socialmente. A descrição de Parsons sobre a relação médico-doente é apresentada como “um tipo ideal”, uma abstração onde se representa o que se considera serem os traços fundamentais de uma organização, de um papel, sendo útil como método de análise dos fenómenos complexos, não deixando, contudo, de refletir a forma de organização do sistema médico moderno.

Relativamente ao papel de doente, diríamos que, na abordagem clássica de Parsons, ser doente é ser necessitado de ajuda médica, sendo obrigação das pessoas doentes não só procurarem essa ajuda como cumprirem com a obrigação de se quererem pôr boas, colaborando e cooperando, para isso, com o médico. Parsons sublinha que, embora os doentes possam ficar isentos do cumprimento dos seus papéis, nomeadamente na execução das suas atividades normais e responsabilidades, as expectativas específicas que devemos ter em relação à pessoa doente, relativamente ao tipo e número de atividades que esta seja capaz de realizar ou não, varia consoante o grau de gravidade e natureza da doença. Reconhece também que nem todas as doenças requerem que as pessoas requeiem os seus papéis normais e assumam o estatuto de doente. Por exemplo, muitas doenças menores podem ser tratadas sem recurso ao médico e não requerem nenhuma mudança na vida das pessoas. Também as pessoas com doenças crónicas, embora necessitando com frequência de consultar o médico, não é suposto, não é socialmente expectável, que ocupem de forma permanente o papel de doente, apenas ocupando o estatuto de doente se experimentarem uma alteração na sua saúde habitual. Os hipertensos entrevistados não se revêm, de facto nesse estatuto dizendo que não são doentes.

---

<sup>53</sup> Para uma exposição e análise desta abordagem sugerimos a leitura de Morgan (1991, p. 48 e ss.).

*Nunca me senti doente, graças a Deus, posso dizer isso (RISOS). (Carlos, 45 anos, 3º Ciclo)*

*Verdadeiramente nunca me senti doente. (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

*Não, eu não me vejo doente, não me vejo doente. Eu não sou coitadinho. Não sou coitadinho. Não tenha pena de mim. Só que claro, tenho que cumprir as minhas obrigações. Tenho que dar a minha insulina todas as manhãs, todos os meio-dias, todos à noite, tomar os meus medicamentos e ter cuidado na alimentação, certas coisas. E pronto não me chatear muito com a vida. (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)*

*Nem sobre a hipertensão nem sobre os diabetes. Nunca me considerei doente por nenhuma das razões. Não. Não tem nada a ver com, por exemplo a minha esposa que é, que tem, sofre de artrite reumatoide e também hipertensão. Não tem nada a ver. Aí já é uma pessoa doente. (...) Já se nota bem quando é próximo do tratamento, ela já se queixa muito. Agora eu não. Eu não. Por este motivo não. Tirando a artrose que de vez em quando me ataca o joelho, mas isso também ainda não considerei doença isso. Já me doeu muito tempo, mas passou. (Alfredo, 67 anos, 1º Ciclo)*

Parsons (1951) viu o papel de doente como um papel temporário que foi instituído pela sociedade com o objetivo de recolocar, restaurar as pessoas doentes a um estado de saúde devolvendo-as ao cumprimento integral das suas funções sociais, ao funcionamento completo como membros da sociedade tão rápido quanto possível. O papel do médico é, segundo Parsons, complementar ao papel da pessoa doente (*paciente*). Enquanto da pessoa doente se espera que coopere inteiramente com o médico, dos médicos espera-se que apliquem os seus conhecimentos e técnicas especializadas para benefício dos doentes.

A análise de Parsons é importante na identificação das expectativas sociais gerais que guiam o comportamento de médicos e pacientes. Contudo, a sua análise relega o conflito e tensões que podem ser experimentadas por médicos e pacientes (servir o interesse do paciente ou do Estado, legitimidade ou não do doente querer esse estatuto, interesse do doente versus o interesse da população, etc.), bem como

as diferentes formas que a relação pode assumir. Apesar das críticas ao trabalho de Talcott Parsons, este mantém-se relevante. Porém Parsons, com uma análise da relação médico-doente assente em bases assimétricas de conhecimento e legitimidade profissional, apenas nos remete para um modelo de relação de tipo paternalista, em que o espaço do doente se limita à cooperação com as decisões médicas.

Morgan (1991, p. 51 e ss.) apresenta outros tipos de relação médico-doente assentes no grau de controlo exercido quer por médicos, quer por doentes. A autora alerta para o facto de que, estes modelos são teorizações e que, na realidade talvez não os possamos encontrar exatamente nesta forma. Contudo, podemos identificar nelas muitas das situações que constatamos nas consultas.

Um primeiro tipo de relação é a relação *paternalista*, com alto controlo médico e baixo controlo do doente, correspondendo ao papel de doente de Talcott Parsons. Nesta situação, o médico é dominante e age como uma figura paternal em quem o doente confia e ele é que decide no que o doente há de acreditar e fazer, no melhor interesse do doente. Tradicionalmente, a relação paternalística é a mais frequente contudo as consultas médicas são cada vez mais caracterizadas por um maior controlo do paciente e portanto em relações baseadas numa maior audição e intervenção do doente. Um segundo tipo de relação é designado por *mutualidade ou parceria*. Nestas situações, quer o médico quer o doente trazem conhecimentos, o médico traz conhecimento e competências clínicas e o paciente trás as suas próprias teorias, experiências, expectativas e sentimentos. Ambas as partes participam como uma equipa em relativo pé de igualdade e envolvimento numa troca de ideias e partilha de crenças. Alguns doentes utilizam expressões como «nós tentamos», «andámos muito tempo para acertar a medicação», utilizando o plural para referir decisões e processos de trabalho/consenso com o médico. Contudo, nalgumas circunstâncias, outra forma de balanço de poder acontece e produz uma relação *consumista*. Neste caso, temos uma situação em que a relação de poder está invertida face ao primeiro modelo. O doente tem o papel ativo, enquanto o médico adota uma postura relativamente passiva, acedendo aos pedidos do doente para uma segunda opinião, para referências para o hospital, pedido receitas ou outros. Por último Morgan designa de *omissão* o modelo de relação que ocorre quando o doente continua a adotar um papel passivo,

mesmo quando o médico reduz algum do seu controlo na consulta e incentiva a uma ação iniciada pelo consulente.

Os diferentes tipos de relacionamento, particularmente os caracterizados por paternalismo e mutualidade, podem ser vistos como apropriados para diferentes fase da doença ou diferentes condições de saúde. Por exemplo, se estamos perante uma situação de doença aguda ou doença crónica. Contudo, estes diferentes modelos de relação, que servem apenas de referência, podem ser encontrados em diversas *nuances* ou graus.

Nas consultas observadas e nos depoimentos dos consulentes verificamos uma forte presença do modelo de omissão, ou seja, os doentes entrevistados parecem resistir a uma posição mais participativa, no sentido de assumir decisões e responsabilidades por si mesmos. A expressão «faço o que ele me manda», ou «vou fazendo o que ele manda» é indicadora desta posição passiva dos doentes que remetem para o médico as decisões e prescrições sobre o que fazer.

*Nunca me meteu medo. “Está bem. Manda quem pode.” É o que eu lhes digo: “Manda quem pode, obedece quem deve”. (risos). Lá faço o que ele me manda, porque eu sinto-me bem com o que ele manda. (Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)*

Os doentes inquiridos, mesmo os que assumem esta posição de omissão, dizem-se muito satisfeitos com a relação e comunicação com o seu médico e com a possibilidade de serem ouvidos e colocarem todas as suas dúvidas. Reconhecem no médico uma grande humanidade, muito interessado, e dizem ter todo o à-vontade para poderem conversar com ele e expor as suas dúvidas ou problemas.

*É muito humano, preocupa-se. (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

*A nível profissional a nível humano, não haja dúvida nenhuma que é cinco estrelas! Não há mais! Até mede a tensão arterial nas artérias quando é das consultas! (António, 66 anos, 1º Ciclo)*

*Ele até no corredor! Uma vez encontramos-lo pergunta como está como não está...interessa-se pelo doente! Tenho toda a confiança. O melhor que nos podia acontecer foi ter-nos calhado este doutor médico de família. Tenho*



*muita confiança no senhor doutor. (Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)*

Os entrevistados sublinham a importância da confiança e do respeito não apenas pelo saber do médico mas pelo papel que este ocupa, pela sua função. A opinião positiva dos utentes relativamente ao seu médico de família é quase unânime. Nas referências à relação que têm com o médico, as pessoas usam muitas vezes de comparação com outros médicos que já tiveram ou relatam experiências de outras pessoas dos seus conhecimentos. A relação com o médico, e a vinda às consultas é no geral apreciada e os doentes deixam isso expresso nos seus discursos, dizendo ser uma relação de à vontade e de confiança.

*É importante também como a relação do médico doente. Isso não há dúvida nenhuma e o Dr. Rui não há dúvida nenhuma que... Ele tem uma maneira de estar com o doente que nem todos os médicos são assim, não é?(...) Nunca impõe, diz olhe eu estou aqui para ajudar não estou aqui para ofender ninguém..... Mesmo as análises: "O senhor faz as análises se quiser se não quiser não faz". Eu tenho um médico disponível, um médico excelente ... e portanto eu tenho consciência de que o médico é de facto uma pessoa informada e que quando eu lá vou ele não faz o papel só de receitar. Porque muitas vezes o médico de família transforma-se num receituário... Ele não! (...) Ora bem eu tenho de confiar neste homem! (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

*Ver que se tiver de estar meia hora ele está. E isso também nos ajuda a ter muita confiança no médico, confio inteiramente nele. Compreendo aquilo que ele diz e tudo que ele explica. (Ermelinda, 62 anos, 1º Ciclo)*

*Confio sim, temos de confiar e acho que o médico tem de ser um amigo. Além de médico ser amigo. Ser bom ouvinte e é o que o Dr. Rui é. Confio muito nele, acho que é um bom médico e muito atencioso mesmo muito. Nunca o vi mal disposto. Ouve muito bem as pessoas, muito mesmo. Virado para as pessoas e ouvi-las. Eu gosto imenso disso assim, gosto imenso dele, sou sincera. (Conceição e Arménio, esposos, entrevista pós consulta)*

*Sim, sim é um profissional, não é? Não tenho razões de queixas. Já ouvi queixas de outras pessoas, não em relação a ele, a médicos. Mas eu pessoalmente com*

*ele sinto-me à vontade, não tenho razão de queixa. (Pedro, entrevista pós consulta)*

A disponibilidade, interesse e atenção do Dr. Rui pelas pessoas é reconhecida pelos doentes, que chegam a apelidá-lo de “santo”.

*Eu quando eu sinto alguma coisa venho logo ao santo, ele é mesmo santo. (...) Eu quando não estou, quando não tenho certeza, venho cá chateá-lo outra vez, porque às vezes ando confusa. É muito simpático aquele senhor é. (...) Tenho muita confiança nele. (Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)*

*Gosta sempre de estar inteirado da situação, gosta e pronto. Gosta... Está sempre a perguntar como é que está, como é que não está, com quem é que eu estou a ser acompanhada, isso por acaso acho que mesmo como médico é excelente. (...) Eu acho que ele é muito interessado, se precisar de alguma coisa para estar à vontade. Porque sabe bem a gente falar com o médico e o médico estar-nos a ouvir. Podemos contar. (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

O conselho, a confiança, a tranquilização e o suporte dado pelo médico pode também ter um papel importante em ajudar as pessoas a tomarem a responsabilidade com os seus problemas de saúde, podendo mesmo ter um efeito positivo na dor e outros sintomas experienciados pelos doentes (Morgan, 1991, p. 48).<sup>54</sup>.

Considerando o observado e os testemunhos das entrevistas, não parece aqui confirmar-se uma das maiores críticas dos doentes aos médicos, referente à falta de informações e explicações que lhes são dadas sobre a sua doença e tratamento. Estudos sobre a adesão terapêutica e aconselhamento no controlo dos doentes diabéticos e hipertensos identificaram também a importância não apenas das instruções claras aos doentes mas também dos aspetos qualitativos da comunicação na promoção da satisfação dos doentes e resultados mais positivos, incluindo a sensibilidade do médico para os sentimentos dos doentes (*Idem*, p. 60-61).

---

<sup>54</sup> O benefício derivado dos aspetos sociais da relação médico-doente foi denominado “efeito placebo” (que significa literalmente *agradarei*) e calcula-se que tenho o mesmo efeito ou melhor do que qualquer droga (Morgan, 1991, p. 48).

Tal como parece suceder na sociedade em geral, a figura do médico está para os nossos entrevistados incorporada de *poder simbólico*.<sup>55</sup> Poder esse reconhecido pela legitimidade com que está imbuído e, portanto, tomado como não arbitrário. Estamos perante um médico carismático. Este carisma, tal como notou Max Weber (1978), reveste-se pelo reconhecimento das qualidades pessoais do médico, considerado uma pessoa extraordinária ou exemplar, um líder.<sup>56</sup>

Encontramos também relatos de desagrado com a relação com outros médicos. Numa ou outra ocasião os doentes mostram-se desagradados com alguma coisa que se passou ou lhes foi dito alguma vez num consultório. Este desagrado é revelado de forma muito forte, quase como uma mágoa que se guardou desse momento na maior parte dos casos ocorrida faz muito tempo mas não esquecida.

*Fumar não fumo. Beber, bebo à refeição. Até achei piada que o Dr. Oliveira olhou para as análises e me disse: “O senhor bebe.” Não, achei piada, bebo à refeição e pouco. Ele disse assim: “Olhe, vai-me prometer uma coisa. Está um mês sem beber e depois vem cá outra vez.” Eu faço termos no Gerês todos os anos. E eu estive então três meses sem beber. Só água. (...) “Soutore, não se lembra de dizer isto assim, assim. Para estar um mês sem beber. Olhe, eu estive três meses.”; (...) eu do Gerês trago muitos chás. Há muitos chás no Gerês. Mas nunca disse isso ao Dr. Oliveira. (Francisco Manuel, 67 anos, Curso Profissional)*

*Eu chegava, ele chamava quando a gente lá chegava batia à porta. “Entre!” Entrava já ele estava assim: “Está aqui a sua medicação, as melhoras!” Às vezes eu queria-lhe explicar qualquer coisa e ele não me... Uma pessoa esquecia-se até... e depois eu mudei por isso. Andava com a vista uma espécie derramado parece que não via bem, parece que via tudo nublado e eu queixei-me a ele. “Ó Sr. Dr. parece que não anda bem da vista porque vejo tudo enublado...”. “Realmente o tempo anda enublado!” Outra vez fui lá porque me doía muito a cabeça aqui, nem pousar na almofada podia, só para este lado,*

---

<sup>55</sup> “O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, (...) é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia” (Bourdieu, 1994, p. 14).

<sup>56</sup> Sobre o capital simbólico possuído pelo médico e o modo como este se reveste em “poder técnico-carismático” quando entra em relação com o saber profano do doente, traduzindo-se numa autoridade moral e social indiscutível, ver Graça Carapinheiro (1991 e 1993).

*então e ele? “Então e desse lado não dói? Não. Então pronto durma sempre para esse lado!” Era assim.... ele não se levantava de onde estava! Nunca se levantou, nem para auscultar, nem para ajudar uma pessoa. Às vezes estava aflito para me levantar. Pois era! Pois se eu queria era dizer as coisas mas... “Tome e as melhoras!” Uma pessoa até se esquece logo! (Jorge, 71 anos, 1º Ciclo)*

A acrescentar à diversidade de interações entre médico e doente, há já muito tempo que se pretende uma mudança de paradigma na abordagem da doença que prevê uma alteração nos modelos mais unidirecionais de consulta, nomeadamente quando estamos perante situações não agudas ou em que o envolvimento do doente nas alterações de vida se torna essencial para os objetivos clínicos, como é o caso das doenças crónicas (Lalonde, 1981). Preconiza-se, assim, uma medicina centrada no paciente por oposição a uma medicina centrada na doença.

O método clínico centrado no paciente tem seis princípios que, segundo vários autores (Stewart *et al.*, 2003) preveem: a exploração da doença e da experiência de estar doente, compreensão da pessoa como um todo, busca de plataformas de entendimento, incorporação da prevenção e da promoção da saúde, reforço da relação médico-paciente, realismo. Ou seja, uma responsabilidade partilhada, decisão conjunta, conhecer o doente, ouvi-lo, promover uma parceria entre médico de família e clínica geral e o doente. Assim, as consultas podem assumir dois tipos distintos: “médico-centrada”, “paciente-centrada” (Morgan, 1991). No primeiro caso os médicos empregam perguntas fechadas centradas no alcance de um diagnóstico orgânico tão rápido quanto possível (procuram *disease*) deixando poucas oportunidades ao doente para expressar as suas crenças e preocupações. No polo oposto estão os médicos com consulta centrada no paciente, adotam um estilo menos autoritário encorajando o doente a participar na consulta expressando o que sentem e as suas preocupações, utilizando perguntas “como se sente?”, “explique-me como é que lhe dói”. Gastam mais tempo a ouvir os doentes, mostram maior flexibilidade. Este tipo de prática é mais presente nos médicos de clínica geral. Procuram obter informações do doente

que lhes permitam compreender melhor o que o doente pensa e sente, reconhecendo que o doente pode ter interpretações próprias acerca do que o aflige. Por isso dão importância a este tipo de diálogo, aos problemas emocionais do doente, ao seu contexto de vida, etc. Estes diferentes estilos na prática clínica criam diferentes oportunidades distintas para a participação dos doentes e influenciam a relação médico-doente.

Embora os dois maiores determinantes na relação médico doente e na interação que ocorre na consulta sejam o estilo clínico do médico e os constrangimentos estruturais (por exemplo, o tempo disponível para a consulta), uma terceira influência é a capacidade do doente de exercer controlo e participar (Morgan, 1991). Este controlo e participação é tanto maior quanto o conhecimento e a familiaridade que o doente tem da sua doença, as características pessoais do consulente, tais como classe social mais elevada e nível educacional.

As consultas médicas, de modo geral, raramente são caracterizadas pelo conflito aberto entre médico e doente. Contudo diferentes interesses, expectativas e conhecimentos das pessoas comuns e do profissional podem dar origem a tensões (*Ibidem*). Exceto em situações caracterizadas por um forte consumismo, o médico detém o controlo da relação na consulta, resultado do seu estatuto profissional e conhecimento especializado e da sua grande experiência em gerir o encontro. O controlo da consulta passa pela conversação ou por técnicas não-verbais, comportamentos como olhar interessadamente para o doente. A interação é também favorecida pelos lugares ocupados pelo médico e doente na sala de consulta. Tal como observamos, existe esta preocupação na consulta estudada. A disposição física das cadeiras e secretárias foi pensada para que o doente pudesse ficar sentado defronte ao clínico, sem secretária no meio, o médico pode olhar e tocar o doente, o que é feito.

### 3. As recomendações médicas e os quotidianos

O impacto da doença na vida de todos os dias tem sido um campo de estudo importante na sociologia da saúde e da doença procurando compreender as fontes de suporte e interações do doente, a forma como os doentes gerem a doença integrando-a nos seus quotidianos (Pierret, 2003). Contudo, são menos frequentes os estudos sociológicos que se debruçam sobre as implicações das recomendações médicas nas vidas do dia-a-dia dos doentes crónicos.

Quando perguntado aos entrevistados em quê e como se alterou o seu quotidiano, hábitos e rotinas devido à doença, os discursos revelam uma tendência para minimizar os efeitos de mudança que a hipertensão provoca ou provocou nas suas vidas. Este dado é similar ao encontrado noutros estudos recentes com doentes com patologias crónicas (Queirós, 2013).

A afirmação da normalidade dos quotidianos é um aspeto fundamental evidenciado em grande parte das narrativas recolhidas. Segundo Arthur Frank (1997) estas podem ser consideradas como “narrativas de restituição”<sup>57</sup>. Isto é, narrativas que permitem às pessoas compreenderem a doença através das suas visões do mundo e rotinas, adaptando-a da melhor forma possível a um contexto sociocultural pautado por valores de independência e autonomia.

A hipertensão, enquanto doença crónica e cujas causas passam por fatores ligados aos estilos de vida, entre outros, requer que olhemos com atenção para os quotidianos. A gestão da doença pelo doente trouxe ao doente uma responsabilização acrescida no que respeita a gerir a sua própria doença através da alteração dos modos de vida e das práticas rotineiras, ou seja alterando os seus hábitos quotidianos sobretudo relativamente aos consumos alimentares e prática de exercício físico. A adoção de estilos de vida salutogénicos faz parte das recomendações dadas aos hipertensos, de uma forma ainda mais incisiva do que aquela que é feita com todos nós de modo geral (Conrad, 1994).

---

<sup>57</sup> Para uma leitura dos três tipos de narrativas: restituição, caos e demanda cf. Arthur Frank (1997).

Estando estabelecida a ligação com os estilos de vida e sendo a hipertensão algo com que o doente tem de viver e gerir, é importante analisarmos as circunstâncias sociais implícitas na vivência da doença e não apenas o estudo das causas ou relações com a hipertensão. Como refere Strauss, “os doentes no seu trabalho de gestão da doença [...] têm também que gerir as consequências da doença sobre a sua organização de vida, as suas relações com os outros e até certo ponto a sua relação consigo próprios” (como referido em Mendes, 2005, p. 46). Assim, o doente tenta sempre preservar as suas inserções habituais nas diferentes arenas sociais, isto é, ele tenta sempre manter a sua intervenção como ator da construção negociada da doença com novos atores, de forma a fazer face ao impacto desorganizador das doenças crónicas. Aqui o doente deverá assumir um papel mais ativo, pois dele se espera não só que, aos primeiros sinais da crise, procure ajuda médica mas também que decida em conformidade e com eficácia, nomeadamente adotando comportamentos que previnam o descontrolo da doença. É este o desafio lançado aos doentes hipertensos.

As estratégias usadas para gerir a doença variam de acordo com a pessoa, a sua herança cultural e condições específicas (tais como níveis de conhecimentos, situação perante o trabalho, local e companhia nas refeições, etc.). As recomendações que foram feitas pelo médico na consulta e que os doentes identificaram nas suas entrevistas como “o que lhes foi dito para fazerem”, o que o médico lhes recomendou, passam sempre pela alimentação, pelo exercício físico regular e toma correta da medicação.

*Entretanto, vim e fizeram-se aqui os exames que tínhamos a fazer e começámos com medicação que o doutor me receitou, pronto, e tentou-me também corrigir a nível de alguma alimentação. Incentivou-me sempre para fazer um pouco de desporto, isso é uma coisa que às vezes não me dá, não é tão, tão fácil de se conseguir fazer. Desde aí até agora tenho andado a ser medicado. (Filipe, 41 anos, 3º Ciclo)*

A argumentação médica, sendo compreendida, é refeita, adaptada, moldada pelos doentes recorrendo a argumentos assentes em quotidianos e racionalidades diferentes das utilizadas na clínica. A regulação do corpo das pessoas com hipertensão

parece assim ocorrer em planos que se interpelam mutuamente: a consulta e o controlo médico; os quotidianos e o autocontrolo. A exigência de disciplina e regras de conduta, ditadas pelo regime médico, são constantemente questionadas e negociadas não no espaço do consultório mas das práticas dos doentes. Como refere Myfanny Morgan (1991), e como pudemos constatar, raramente o doente questiona as recomendações do médico na consulta, antes mantêm a aparência de serem «bons doentes».

### **3.1. A terapêutica farmacológica**

No final da II Guerra Mundial não havia ainda uma medicação hipotensora efetiva. O primeiro fármaco (pentaquine) é noticiado em 1946, tendo sido descoberto de forma fortuita em testes de controlo de preparados anti-malária (Postel-Vinay, 1996, p. 123). A disponibilização de fármacos hipotensores, diuréticos, marca um ponto de viragem na história do tratamento da hipertensão, finalmente com um tratamento oral efetivo disponível.

Como já foi dito, a terapêutica farmacológica é muito expressiva no tratamento da hipertensão no nosso país. Ao longo das entrevistas os doentes mencionam os vários fármacos que tomam, como os tomam e com que finalidade.<sup>58</sup> Este mencionar da terapêutica farmacológica não é isento de dúvidas, dificuldades de identificação de quais os comprimidos e para quê, quais os que se tomavam antes e os que se passou a tomar. Sendo a maioria destas pessoas doentes com multipatologias são muitos os medicamentos consumidos, como podemos constatar na observação da consulta, e existe já um longo historial de medicação, porém, apesar disso, os doentes revelam muitas dificuldades quer em relação ao conhecimento da terapêutica quer ao processo de adesão ao tratamento.

Os nomes dos medicamentos, muitas vezes, são confusos e difíceis de pronunciar pelos entrevistados.

---

<sup>58</sup> O uso simultâneo de vários fármacos tem sido abordado com o conceito de polimedicação e é reconhecido como um problema na população idosa portuguesa. Sobre este assunto consultar, por exemplo, Ferreira (2007); Santis (2009); Santos & Almeida (2010).



*Não é Biovan mas é Coliovan e tomo um outro que é.... Bersantina? É para a circulação sanguínea e tomo um outro que é... enfim não estou agora a ver o nome, e tomo um diurético de manhã, só meio comprimido que é Idrotol....Portanto, tomo Idotrol de manhã meio comprimido, tomo um Codiovan à noite e um outro comprimido para a tensão também Amox... qualquer coisa assim....(Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

*(...) ele receitou-me...um dia disse-me assim "olhe apareceu aí agora um medicamento, quer tomar? quer experimentar?" eu disse "eu quero, senhor doutor!" "Então é assim. Pára os seus e vai tomar estes um mês", que é o Coveran...este recordo-me bem, porque eu ando a tomá-lo. "É o Coveran. Vai tomar um mês, ao fim de um mês quero-a cá! E depois vamos ver". E realmente aquele medicamento (...) o Coveran, eu tomo o Coveran, tomo o Irditon e tomo o Cartia. (...). E então passei a tomar meio comprimido de manhã e tomo o Cartia depois do almoço e tomo o Coveran à noite. Pronto. Nem fiz nunca mais picos de tensão, nem tive aquela pressão na cabeça como eu tinha. Só se eu às vezes me descuidar e às vezes acaba-me a receita ou qualquer coisa e eu ando dois ou três dias sem tomar e sinto logo... Pronto dá logo sinal! (...) Mas pronto, desde que o senhor doutor me receitou este medicamento... (Ana Isabel, 67 anos, 1º Ciclo)*

Estes doentes, como doentes crónicos que são, detêm um conhecimento de experiência dos medicamentos que tomam há já muito tempo (nalguns casos há mais de 20 anos), dos seus efeitos e dos sinais emitidos pelo corpo.<sup>59</sup> Contudo, o seguimento contínuo da medicação não é fácil. São muitas as vezes em que os doentes referem “experimentar fazer uma pausa” porque se sentem bem, ou dizem que por vezes se descuidam a tomar a medicação.

*Para mim pessoalmente, eu sou completamente contra medicações, contra a andar.... Por não gostar não sou regulado com os comprimidos. Agora tomo, depois quando for preciso, depois não tomo, depois quando me lembro volto a*

---

<sup>59</sup> Sobre o que conhecem os utilizadores de medicamentos, utentes dos serviços dos CSP, acerca da forma de atuação desta ferramenta terapêutica que são os medicamentos, consultar Luiz Miguel Santiago e Massano Cardoso (2008). Como consideram os autores, em Medicina Geral e Familiar, este aspeto merece especial atenção dada a importância do medicamento na terapêutica e no resultado da acessibilidade e o elevado número de consulentes que são doentes crónicos.

*tomar... Pronto é uma falha minha. Por vezes tento, sim nas alturas em que me sinto pior ou assim, tento ser direto e tentar seguir à risca outras vezes.... É a tal coisa, sentindo-me bem esqueço. É uma questão de consciência..... Já me foi dito que devia manter. (Pedro, entrevista pós consulta)*

A relação com os medicamentos é difícil. Se, por um lado, se reconhece o seu valor e necessidade, por outro, os efeitos secundários não deixam de ser temidos. Sobretudo há uma desconfiança em relação a algo que ainda não foi experimentado ou não é conhecido por experiência própria. A informação oriunda dos meios de comunicação social, nomeadamente da televisão, vem, nalguns casos, fomentar receios. Por exemplo, Ana Isabel refere o que ouviu a um médico num programa de entretenimento televisivo.

*E ia lá um médico de família e que às vezes falava. Pronto, falava da hipertensão, que as pessoas não têm cuidado com a alimentação, com o excesso de peso.... Por exemplo, falou um cirurgião da cirurgia vascular do Porto que falou e ainda falei até com o Dr. Rui por causa disso. Porque falou nesta doença (...) e o Dr. Rui disse-me "mas agora há uns comprimidos" e eu disse "Não, não senhor doutor! Não quero comprimidos nenhuns, porque esses comprimidos fazem tumores". Podem fazer, podem! Mas eu prefiro ter cuidado do que arriscar! Aquilo era uma experiência e eu não quero (...) Mas isto é que lá está são doenças silenciosas que nós vamos vivendo com elas e nem fazemos... Eu não dramatizo muito. Quer dizer, vou tomando os comprimidos, vou andando ... (Ana Isabel, 67 anos, 1º Ciclo)*

As dúvidas sobre a medicação são muitas e variadas. As dúvidas surgem nos momentos da toma, em casa, em relação a sinais que se percebem no corpo, na leitura das bulas ou face ao que se ouve na televisão. Os doentes carregam consigo para a consulta as embalagens dos medicamentos, ou listas com os medicamentos que têm em casa ou que precisam de adquirir. A consulta permite aos doentes confirmar os medicamentos e expor as suas dúvidas.

*No outro dia trouxe-lhe os medicamentos todos. Hoje também trazia um, porque li um que é um bocado ativo. Li o folheto que é para a cabeça e para quem também faz nódoas. Eu não tinha aqui estas nódoas. Não tinha aqui*

*estas nódoas, por vezes aparecem-me assim estas coisas, eu não tinha. (...) Trago agora para me informar, porque trago para... Tenho para o colesterol. Agora dá-me, deu-me estes o oftalmologista e também disse que é para a tensão ocular. Agora não sei se hei de tomar os dois. (Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)*

Há alguma confusão e vontade de não tomar medicação nenhuma, mas há também a constatação da necessidade de o fazer e os sacrifícios de toda a ordem que isso implica estão bem expostos nas palavras de Albertina:

*Eu por experiência sei que não posso, que não posso deixar assim os comprimidos. Não. A dificuldade é grande. Mas eu sei que se não os tomar sinto-me pior. Por experiência própria já fiz isso e por experiência própria sei que sinto-me muito pior. (...) Oh, já estou boa, já nem preciso disto, porque é que estou a gastar dinheiro, preciso do dinheiro para outras coisas. (...) Sim, tanta medicação tem que estar a fazer bem uma coisa, pode, deve estar a fazer mal a outra, mas olhe, enquanto não descobrir. (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

Perante as preocupações da vida, a necessidade de toma de outras medicações, há claramente uma competição de prioridades. A dona Maria Augusta já teve dois AVC e tem um quotidiano repleto de medicação:

*Eu sei que são 15 comprimidos por dia. E tenho alguns cuidados, tenho alguns cuidados com a alimentação, tenho. (...) Faço mais ou menos para fazer oito horas, às vezes não faço porque sou-lhe sincera eu às vezes sou um bocadito descuidada. Pronto tenho que tomar, tomo esses medicamentos, tomo para o colesterol, tomo para a tensão, tomo para ter o sangue fininho ... sei lá, tomo, pronto. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

Os medicamentos são a prova da doença. A medicação tem de ser gerida, preparada, os doentes arranjam os medicamentos, têm técnicas para os disporem para não se esquecerem.

*Nem me lembro! Não. Só me considero, sabe quando me considero doente? Ao fim de semana quando arranjo oito caixas de comprimidos. Sim. Tic tic tic tic. Oito aqui, cinco aqui, sete aqui, sete acolá, sete aqui. Ando sempre a pensar a maneira de como é que hei de arranjar aquilo mais depressa. Agora já*

*descobri, um monte de um, um monte de outro, abro as caixas tiro daqui, tiro daqui, abro a segunda caixa tiro daqui e daqui. Em 20 minutos eu já consigo fazer isso. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

Nalguns casos, a organização dos medicamentos adquiridos com receita médica é ainda organizada conjuntamente com outros tipos de substâncias que as pessoas decidem tomar.

*Eu se tiver medicação para tomar, também não sou assim muito é àquela hora é àquela hora, é... pronto, eu tenho umas coisinhas onde tenho os medicamentos, porque eu tomo medicamentos daqui e tomo medicamentos de, quero dizer da parte do médico propriamente dito, e tomo medicamentos da parte de ervanária. Pronto. (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

Se alguns doentes com mais idade referem muitas vezes razões de esquecimento para o não cumprimento estrito do horário da medicação, os entrevistados mais jovens, com vida profissional ativa, dizem ser «complicado» para si fazer as tomas dos medicamentos tal como lhe foram prescritos.

O senhor Francisco, que como já foi referido, é um dos entrevistados que apenas se reconhece como diabético, relativamente aos medicamentos, em geral, e aos medicamentos para a hipertensão, em particular, não faz ideia se e quais toma e refere bem a dificuldade em seguir os princípios de toma indicados pelo médico.

*E- Mas também é hipertenso?*

*Não sei pronto. Agora estou a fazer medicação, às vezes faço outras não faço. Sabe como é que é, a gente chega tarde a casa depois já não come o que devia de comer, como qualquer coisita só e agora com estômago coiso também já não vou tomar os medicamentos, passa para outro dia. Mas eu sei que a aspirina para o sangue... Agora parece que não tenho sangue não sei porquê? O sangue preso! Eles disseram que era o sangue que estava preso e que a aspirina ajudava mais o sangue mais os medicamentos que eu andava a tomar que era para isso. (...) Depois comecei a tomar os medicamentos, sentia-me mal, cansado..... Vim aqui já tinha gordura no sangue então depois aí comecei a tomar os medicamentos. Eu bebia muita cerveja, deixei. Fumar já não fumo. (...) São três, à noite são três. É uma aspirina, uma não sei quê, uma cápsulas,*

*são três de uma vez! Ele (o médico) diz: dois depois do jantar e um ao deitar. Então eu janto e vou logo para a cama! (risos) Então eu tomo-os todos juntos! Então? Se eu janto e vou logo para a cama?! (RISOS) Ele lá escreveu! Então eles pensam que é só entregar-me o papel ou quê? (Francisco, 46 anos, 1º Ciclo)*

Para outros doentes, a segurança que a toma dos medicamentos transmite é mesmo vista como uma questão de “dependência psicológica”.

*Embora os remédios agora eu tenha de os tomar também por uma questão psicológica mais. É um bocado dependência não física mas psicológica, porque tenho receio. O Dr. Rui até me mandou tomar dia sim, dia não. Mas eu tive de voltar a tomar todos os dias porque senti que estava a ficar um bocado nervoso quando ia medir a tensão, e o Dr. Rui aceitou perfeitamente. (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

*Com o auxílio da medicação vamos tendo, vamos mantendo os valores que não se têm elevado, nem colesterol nem a tensão alta. Se eu me enervar, claro, ela dispara, porque eu... Isto, na rotina, ora bem, tenho que começar de manhã: tomo Omaprazol que é para revestimento do estômago, depois a seguir tomo meio comprimido Higroton... Isto da parte da manhã, em jejum. E depois tomo o Risidon. Eu já estou aqui a fazer... De manhã são dois e meio. À noite tomo o Ramipril, depois tomo o Risidon. Isto antes do jantar. Depois do jantar, tomo uma aspirina e tomo Cilastatina. E pronto e com isto tenho mantido os valores dentro da normalidade. E não preciso de fazer dieta, é, preciso de comer menos. (...). Mas isso também foi uma opção minha, alertado pelo médico e foi uma opção minha. (João Carlos, 52 anos, 3º Ciclo)*

Para os doentes há uma clara confiança no comprimido como o “regulador” dos valores quer da hipertensão quer do colesterol. Com o comprimido tudo fica sob controlo. Para o senhor Fernando, a grande tarefa do médico é mesmo acertar no comprimido que irá resolver o problema e isso é feito por tentativas.

*Eu penso que sim. Por isso é que eu tomo um comprimido todos os dias para... chama-se isso regulador. Regula o sistema. Nem deixa acelerar muito, nem deixa parar muito, não deixa abrandar muito, nem deixa acelerar. Este medicamento serve para isso, o controle. (...) Por isso é que eu digo, o médico é*

*fácil curar um humano. É mais fácil. Basta saber qual é o medicamento que vai matar aquele vírus ou o medicamento que vai alimentar aquele vírus. Basta saber qual é o medicamento. A gente diz-lhe o que temos epá "onde é que lhe dói?" "É aqui!" "Então se é aí, espera aí, para aí é esse medicamento. (...) O médico, por exemplo, receita um medicamento para aquilo. Depois volta a falar com o doente "Então ainda continua a doer?" "Não, já não." Afinal deu resultado, portanto devo continuar com esta coisa para os doentes. Está a perceber? Depois claro vem outra coisa talvez melhor. Experimentam com outra coisa melhor. Pronto e é assim sucessivamente. (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)*

Os comprimidos tornaram-se parte integrante da rotina, e os doentes sabem que precisam cumprir com a toma da medicação. Há doentes que receiam mesmo se não o fizerem.

*Já fazem parte da minha rotina. Isso já fazem parte e eu até me preocupo se não, se não os tomar, ou se me esquecer de algum. Preocupo-me muito com isso. Isso sou rígido nesse aspeto. Sou rígido, porque já lá estive, está a ver? A minha mulher não é nada rígida, é um castigo para ela tomar as coisas. (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)*

*Disse-me o Dr. Oliveira que a falta de um comprimido à noite é o que leva muitas vezes uma pessoa a acordar morto. Acordar entre aspas. Eu tive um amigo que acordou, acordou morto. Qualquer problema. Devia ser isso. Tive outro meu colega... A minha esposa de vez em quando pergunta-me se eu já tomei. "Já, já tomei." (Francisco Manuel, 67 anos, Curso Profissional)*

*Eu acho que têm razão as pessoas que estão a avisar, a gente não pode levar a mal. O ter cuidado é tomarmos os remédios às horas. Eu às vezes esqueço-me já estou na cama e levanto-me e vou tomá-los. Não não. Não é andar a gente a abusar. (António, 66 anos, 1º Ciclo)*

Embora confiantes no médico e na medicação prescrita por este, tal não inibe alguns entrevistados de seguir também outras recomendações ou conselhos de familiares e amigos.

*Eu aceito as recomendações (de outrém)..... Havia lá um vizinho meu que dizia que o chá de freixo fazia bem para baixar a tensão, e eu de facto um dia experimentei! Experimentei e aquilo não haja duvidas que aquilo é porreiro mas não podemos deixar de tomar os comprimidos senão chapéu, é perigoso. Mas que aquilo faz bem faz. (Afonso, 67 anos, 1º Ciclo)*

*A nível de produtos naturais eu até tomo um chá, quer dizer não é todos os dias, espinheiro alvar ou espinheiro, acho que é espinheiro alvar. Que diz que faz bem precisamente à arritmia. (...) E há medicamentos que eu recuso-me a tomar. Tenho-os lá e não os tomo. Porque pronto tem efeitos secundários não muito bons. (Nunes, 63 anos, Ensino Secundário)*

Ter que cumprir com a medicação para o resto da vida é visto como «uma chatice», uma situação que se desejaria muito poder alterar. Há doentes que reconhecem e mencionam situações concretas relativas a efeitos secundários da medicação. A toma dos vários medicamentos é vista como um mal necessário que era bom poder ser evitado.

*Para já, quando o doutor me disse que tinha que tomar aqueles comprimidos todos os dias, assim para o resto da vida, pronto, isso não é... Uma chatice, pronto. Se fosse um período, vamos tomar e vamos ... E passado algum tempo depois acabou-se. Porque se não vai lá pela alimentação, não baixa pela alimentação tem que ser, tem que ser controlada por medicação. É uma hipertensão que tem, tem que ser controlada, porque se não... (Filipe, 41 anos, 3º Ciclo)*

*E pergunto sempre ao médico "Oh senhor doutor quando é que me pode abrandar isto?" "Oh dona Maria é assim até ao fim da sua vida a senhora vai ter que fazer isto." "Oh senhor doutor se é aí que está a minha qualidade de vida olhe vamos andando é como Deus quiser." Parada eu não estou. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

*Passei a tomar medicamentos porque sei que tenho de tomar e se não tomar... É aquela coisa de qualquer dia dá-me mais forte e passo, passo quer dizer.....(RISOS) Foi o medicamento que ficou a fazer parte da rotina agora, estou-me a basear nos resultados do medicamento. (Simão, 78 anos, 1º Ciclo)*

*O médico disse: "Olhe quando se sentir a precisar mesmo tome durante dois ou três dias e deixe de tomar." Se sentir que posso dispensar, dispenso. E já antes cada médico me receitava um medicamento. Por isso é que a minha opinião sobre médicos e medicamentos é um bocado...negativa. Porque a indústria farmacêutica sabemos o que é e além da indústria farmacêutica é a química em si. Tudo isso, estes grandes grupos e no fundo são eles que, foram eles que fizeram as guerras mundiais. (...) Eu por acaso já disse isso ao doutor Rui eu, às vezes, encontro pessoas amigas "ah eu tomo dez comprimidos por dia." Eu digo cá para mim, "opá eu se não tomasse, eu tomo um ou dois e se pudesse não tomar nenhum para mim era muito melhor!" Eu disse ao doutor Rui "Olhe eu medicamentos..." Nem vê-los... Só os tomo porque... pronto sinto que (...) Eu estou a tomar neste momento o comprimido para o colesterol e o Varfine para diluir o sangue. Porque...mas se fosse possível não os tomar eu preferia não tomar nenhum! (Nunes, 63 anos, Ensino Secundário)*

Os doentes percebem a dificuldade de, por vezes, se encontrar o fármaco indicado, falando nisso como um trabalho conjunto com o médico.

*Meio de manhã e mais dois à noite. Ah, não é um, é meio de manhã, mais dois... Nós tentámos combater de, por vários, por vários, por vários lados. O da manhã tem uma função e os outros dois da noite são diferentes, têm... Nós, entretanto, tentámos posteriormente juntar os dois da noite, que existe um comprimido que tem os dois componentes, mas verificámos que de facto os dois separados fazem melhor efeito do que um junto. (Filipe, 41 anos, 3º ciclo)*

*Andei muito tempo, ANDÁMOS muito tempo para acertar a medicação, porque havia efeitos secundários nas primeiras medicações que comecei a tomar. E andámos muito tempo mesmo para conseguirmos acertar o medicamento mais, mais indicado para o caso. E que é o Micardis Plus oitenta/doze e meio. Que passei a tomar diariamente. (...) (Henrique, 60 anos, Ensino Secundário)*



Tal como foi observado noutros estudos com doentes dos CSP (Britten, 1994) e com doentes crónicos (Conrad, 1997), as pessoas fazem a sua própria gestão da toma dos fármacos que lhes foram prescritos. Tal não revela uma não adesão à terapêutica mas uma autorregulação feita com base na experiência, no que se sente e em alguns receios sobre a toma prolongada de medicamentos. Estes receios dos efeitos secundários são notados também pelos doentes entrevistados

*Há bem pouco tempo tive uma ocorrência, fui ter, fui parar ao hospital, não é? Mas estava com, também consequência da medicação, uma consequência da medicação que eu estava a tomar de... (Daniel, 66 anos, Curso Superior)*

*Ao longo destes vinte anos mantenho esta medicação. (...). Os primeiros medicamentos deram-me reações muito...uma sonolência, outro mal-estar de estômago, problemas sexuais...problemas sexuais ainda hoje existem. São muitos anos e, de facto, ainda hoje esse problema se sente. A disfunção erétil, mas pronto é isto. Associado a outros medicamentos que vou tendo com outros problemas que me vão surgindo... e mais não sei quanto, enfim. (...)*

*Altera completamente. Eu sei e tenho consciência disso, porque ando a tomar um comprimido que tenho que o tomar e tomo todos os dias mas que me sobe a tensão. Tem que subir a tensão, é lógico. Mas pelo menos eu vou-me aguentando com isso, enquanto não tiver a data certa para ser operado. Mas lá está é um medicamento que me vai alterar a tensão arterial. Tenho consciência disso, portanto tenho que ter outro, pronto temos que ter esses cuidados. Mas, nem sempre (...) Vejo o folheto. Isso é a primeira preocupação. Qualquer medicamento que eu tomo. Para que serve e porquê. Mesmo levando a prescrição médica daqui, não é? "Deves tomar isto de manhã, tomas este à noite (...)" Mas eu depois chego lá a casa, é novo, aqueles que eu já tomo não é preciso fazer, tudo o que for novo eu tenho a preocupação sempre de saber. Ou se vou comprar qualquer coisa à farmácia que tenha, que...pronto para um sintoma de gripe ou para um sintoma de uma alergia qualquer eu tenho sempre a preocupação de ver "calma! Que eu sou hipertenso." (Henrique, 60 anos, Ensino Secundário)*

As experiências dos doentes hipertensos com a medicação envolvem o reconhecimento da importância dos usos dos fármacos mas, mesmo assim, a vontade de poder quebrar com o ciclo da medicação diária. Também nas práticas de medicação destes doentes se pode verificar um ajustamento ou adaptação das indicações relativas à toma dos fármacos dadas pelo médico face às rotinas do dia-a-dia dos doentes, nomeadamente os seus horários de refeições. As questões sobre a terapêutica farmacológica têm sido tratadas sobretudo no âmbito da adesão ou não adesão e por referência à relação médico-doente (Conrad, 1997). Contudo, como fica exposto pelas palavras dos doentes, é importante analisar esta questão dentro da própria experiência da doença e por relação a outras variáveis referentes aos condicionantes sociais da pessoa, tais como, habilitações académicas, conjugalidade, ocupação, etc.

### 3.2. Regimes de dieta e exercício físico

Fazer dieta é provavelmente a forma mais rigorosa de autocoerção no dia-a-dia, hora a hora, em que as pessoas na sociedade moderna se envolvem (Swaan, 1990, p. 59).<sup>60</sup>

Quem não é para comer não é para trabalhar (Provérbio português).

Na consulta de vigilância em cuidados de saúde primários os doentes hipertensos recebem, do regime médico, um sistema de “governo do corpo” (Turner, 1992) assente sobretudo numa dieta regulada e exercício físico, acompanhado de terapêutica farmacológica. Mas muitos são os casos em que este “governo do corpo” parece não se coadunar com o governo da vida.

*Tentar comer mais vezes, menos, sei lá. Aqueles conselhos básicos que o médico dá. Tenho a medicação e tenho que ter controlo. (...) Desporto, correr, andar e cuidados alimentares. Basicamente são esses. A recomendação de, eh pá, de movimentarmo-nos. Deixarmos o sedentarismo. A alimentação e andar.*

---

<sup>60</sup> “Dieting is probably the strictest form of self-coercion day by day, hour by hour, in which people in modern society engage” (Swaan, 1990, p. 59).

*Não está fácil, mas faço por isso. (RISOS)*

*E – E porque é que não está fácil?*

*Porque, as situações não ... uma pessoa tem que ter tempo! Tenho compromissos com a vida. Até ver! Não é questão de hábito, é mesmo questão de trabalho. Uma pessoa trabalha 360 dias por ano e 16 horas por dia, não fica muito tempo. E tem família para além disso. É complicado. (Carlos, 45 anos, 3º Ciclo)*

A medicalização do dia-a-dia está presente na preocupação com o exercício físico, perda de peso, controlo do volume corporal, presente nos quotidianos das pessoas nas sociedades da abundância. Os doentes hipertensos estão sob vigilância e pressão para o cumprimento de determinações médicas de forma muito mais intensa. O controlo médico impõe-lhes que se obriguem a si mesmos a cumprir com as prescrições médicas e que se comportem consoante esta relação de dependência requer. São pressionados pelo médico a autolimitações e também admoestados pelos seus próximos: não devem beber, comer em demasia, ser sedentários, etc. (Swaan, 1990, p. 28).

De Swaan analisa a doença como um processo de perda de dependência, em que a concordância dos doentes face ao médico é uma forma de docilidade importante e reforçada pelas redes pessoais do doente. Perante isto, a pessoa pode engendrar formas de resistência como o não cumprimento das prescrições e desobediência às recomendações de conduta de vida, deturpação dos princípios da dieta, mitigação da dieta sem sal, como se depreende dos discursos seguintes:

*Só dizem para ter cuidado no comer, mas nunca me prescreveram uma dieta nada. Faz recomendações do que tenho de comer hortaliças o mais possível.... Ele nunca me disse para não beber... Menos sal, e mexer-se a gente. O parar é morrer!*

*E- É difícil seguir essas recomendações?*

*Não, já sei que tem de ser, vejo que tenho uma doença que não é de brincar. Custa um bocadinho, isso custou. Deixar de comer aquilo que se gosta, do salgado. Mas vai-se lá, eu já ponho metade do sal que eu punha. A minha filha foi lá a semana passada, tinha lá umas febras, fez aquilo sem sal. Eu disse-lhe olha que isto não tem sal! Ah esqueceu-me! Esqueceu-se?! Eu tive de ir lá*

*buscar um bocadito de sal porque aquilo sem sal não é nada, o que é que quer? Não sabe bem, se aquilo não souber um bocadinho a sal, não é preciso salgado, dantes era mesmo salgado, não sabe ao mesmo embrulham-se na boca não vai para baixo. (RISOS) tem de levar um bocadinho, chego ali com um bocadinho de sal fino. (RISOS) Eu para comer hortaliça não falta lá hortaliça no quintal. Ontem comi um cozido à portuguesa, teve que lá ir um chouriço. Sem chouriço, já se sabe, sem chouriço não vale.... (RISOS) A gente reduz um bocadinho, fica lá com aquele gosto e lá vai, vai andando, só a mentir ao corpo! (RISOS) A mentir não a gente está é a fazer bem (RISOS). (António, 66 anos, 1º Ciclo)*

*Faz as recomendações consoante os danos causados pelas análises! Por exemplo, cuidado com isto cuidado com aquilo... São recomendações para o nosso bem!*

*E- E põe em prática?*

*Algumas, algumas, não sempre mas... Sempre que se pode. (Paulo, 50 anos, 1º ciclo)*

A situação de excesso de peso coloca o médico vigilante ou de sobreaviso face a resultados ou indicadores que observa no doente, através das leituras que faz dos sinais emitidos pelo corpo. Para o doente a leitura desses sinais, dos resultados dos exames, etc.; é traduzida em termos radicais de tudo ou nada: se nada está mal não há problema, se não há um diagnóstico inequívoco de doença no momento presente, tal significa para o doente, que está tudo bem. A ideia da probabilidade de um acontecimento grave ocorrer parece não ter impacto psicoemocional no doente. Mary Douglas (1994) discute mesmo a questão da dificuldade de os indivíduos pensarem em termos de probabilidades.

*Ter cuidado não quer dizer que seja perigoso! Pode começar a vir a ser perigoso! (Paulo, 50 anos, 1º Ciclo)*

Há uma natureza paradoxal nas mensagens médicas de aviso ou de recomendação a estes doentes (Swaan, 1990). A ideia do perigo e da necessidade de evitar ou prevenir a ocorrência de um acidente vascular não está imbuída do mesmo significado para o médico e para o doente. As pessoas ou se deixam dominar e ficam

esmagadas pela ansiedade ou reprimem todos os pensamentos sobre o perigo. Mas estas tendências emocionais da parte dos doentes (e dos médicos), criam um dilema inter-relacional porque as pessoas sem queixas são mais difíceis de mobilizar pelo modelo médico do que as pessoas que estão claramente doentes. O médico primeiro tranquiliza o doente mas também tenta promover a adesão. Isto leva a uma interação dúbia em que a mensagem verbalizada pelo médico é contradita pelo estilo em que é apresentada. O médico ao mesmo tempo que tenta sossegar o doente quanto à probabilidade do risco, tenta também obter a sua adesão às terapêuticas, nomeadamente às terapêuticas higiénicas de vida, dá recomendações e prescrições com vista à prevenção do perigo. Por exemplo, dizendo “a tensão arterial está um bocadinho alta, não é preciso alarme mas deve ter cuidado com o sal, com a alimentação fazer exercício e voltar dentro de três meses”.

Se os médicos querem trazer os seus proto-pacientes sob o regime médico terão de os deixar com alguma ansiedade o que, por outro lado, como protetores do doente quererão aliviar (Swaan, 1990). Esta ambiguidade criada à volta da ideia da necessidade de alterar hábitos, de fazer dieta, gera, nos discursos dos nossos entrevistados expressões como “uma certa dieta, entre aspas”, “é preciso é não abusar”, “ter cuidado”, que revelando concordância com a necessidade de estabelecer algum controlo alimentar são, contudo, na prática bastante maleáveis e indefinidas.

*E depois temos que procurar manter uma certa dieta, entre aspas. Não se pode, eu sei que não posso voltar, aliás a médica disse que eu não podia beber álcool e eu disse "Oh doutora desculpe, mas eu nunca bebi álcool na minha vida." E ela disse "O senhor sabe bem a que é que eu me refiro, não pode beber bebidas alcoólicas." E eu sou franco tenho um vinho meu que faço que é puro, não tem misturas e à refeição bebo um copo de vinho. Depois comentei isso com o Dr. Rui e ele disse-me "Pá não pode é abusar! (...) não abuse!" E é isso que eu procuro fazer. Não estou a dizer que um dia por outro, às vezes, num almoço mesmo ainda agora houve o almoço lá do pessoal e claro que acabei por beber (...). Mas sinto que abusar e se levar uma vida mais sedentária é pior!*  
(Nunes, 63 anos, Ensino Secundário)

Face aos sinais, o que interessa não é a probabilidade estatística do risco ou a sua perigosidade objetiva, mas o balanço manifesto entre a ansiedade, inquietude e repressão, entre o custo das restrições e o ganho com o cumprimento das recomendações médicas (Swaan, 1990: 61). E «certos hábitos» tornam, efetivamente, muito difícil para alguns hipertensos fazerem uma alteração dos seus consumos alimentares.

*Já, já tive já (consulta de nutrição). Já tive uma nutricionista particular que eu na altura tive necessidade. (...) Fiquei consciente e depois aquilo passou. Naquela altura fui lá alguns seis meses, ou mais. Todos os meses lá ia. Aqui já estive na nutricionista. Tudo isso, tudo o que ela me propôs e me falou eu estava consciente já de tudo isso. A gente já sabe. Só não cumprimos por vezes porque não queremos mesmo, não é? Falta de vontade. Sei lá. Força de vontade.*

*E – O que é mais difícil cumprir das recomendações que lhe fazem?*

*A dieta. É, é a dieta. A gente estamos habituados, fomos, fomos criados, vamos assim dizer, a certos hábitos e ficamos habituados a certos maus hábitos desde crianças. Fomos, começámos assim, que por muito esforço que a gente faça, a gente nunca esquece aquilo, o nosso gosto. E depois de vez em quando peca-se, porque sempre nos sentimos que nunca há essa necessidade. (...) Quer dizer foi detetado lá qualquer coisa que não era bem o fígado. Depois descobriu-se que era gordura. Porquê? E foi nessa altura que eu acompanhei de facto a dietista à risca. À risca. Lá está o preocupado é que faz isso, a gente, é cumprir à risca. Foram seis meses talvez, ou mais, assim à risca. Eu fazia tudo que ela mandava. Eu perdi para aí dez, ou doze quilos com facilidade. (...) Diminui tudo, só que ficou-se bem, vai-se para outro lado.(...) Mas é como lhe digo ... a gente quando... precisa de levar aquele susto para... (Alfredo, 67 anos, 1º Ciclo)*

*Por exemplo eu quando comecei aqui com o Dr. Rui em acompanhamento pesava 96 kg, hoje estou com 80 kg. Não foi a dieta! (PAUSA) Andei aí com uma “naturista” (nutricionista), e a dieta dela estava-me a deitar abaixo. E eu deixei de cá vir porque a dieta deitava-me abaixo. Só legumes, só legumes, só legumes, o que é isso? Não sentia forças! Eu então usei o meu sistema: um bife assim como só metade, comia seis ou sete batatas como só três. Não é que me aconselhasse mal, mas foi difícil porque estar a comer brócolos e copo de água*

*... Sabe que hoje uma dieta fica caríssima! E então foi quando eu adotei o sistema, deixei de cá vir e disse ao médico: Doutor, eu vou fazer dieta por mim próprio. (...) Já fui chamado à atenção pelo Dr. Rui: « olhe se fosse não fizer isto, se não emagrecer, está sujeito a ter um enfarte de miocárdio! (PAUSA) Tem de evitar de beber demais, etc. » Ele avisa-me! Ele avisa-me, eu só não tomo esses avisos em consideração porque não quero! Concordo plenamente com o que ele diz, porque eu tenho a certeza que ele o que me está a dizer não me está a querer mal, pelo contrário! (António, 66 anos, 1º Ciclo)*

O apontar de perigos está sempre ligado a comportamentos desaprovados (Douglas, 1994), neste caso, a comportamentos alimentares vistos como incorretos, como se fossem “pecados”. As recomendações relativas à alimentação são especialmente difíceis para os doentes. Na era da *evidence based medicine*, uma evidência conhecida dos médicos de família e clínica geral e nutricionistas é falta de cumprimento dos regimes de dieta (Turner, 1992). A dieta é uma restrição aos prazeres da vida como a alimentação e o convívio (Fernandes, 1997; Leandro, Leandro & Henriques, 2010), sobretudo para as classes ou grupos sociais em que os momentos de festa e comemoração são mais restritos (Bourdieu, 2006). Ser livre é também poder comer o que apetece. Para a maioria os doentes o usufruto da vida presente é mais valorizado do que a prevenção.

*Os médicos a função deles quando são médicos interessados é mesmo alertar o doente para o que pode acontecer. (...). Eu não digo que uma vez ou outra eu não abuse. Por exemplo, num aniversário lá vem uma comida mais tentadora, mais um bolinho e assim.... No outro dia, acabou a festa volta tudo à normalidade. (Ermelinda, 62 anos, 1º Ciclo)*

*Como menos, como menos, mas como bem. Sabe que o português gosta de comer muito, tá mal! A gente estamos satisfeitos mas ainda queremos comer mais, e eu agora noto a diferença. E depois o mal está aí (...). Tinha de comer isto e aquilo e não comer isto e aquilo, coisas que toda gente sabe que faz bem e que faz mal.*

*E- Tentou seguir esses conselhos?*

*Mais ou menos. (PAUSA) O mais difícil? Sei lá! (PAUSA) Como eu como de tudo e não, não bebo de tudo! A minha alimentação é normal, como de tudo. Andar*

*a pé, pois.... Eu não ando a pé. Como sou tão magro, vou andar a pé para quê?  
(...) Nós devemos fazer aquilo que os médicos mandam, na minha opinião.  
Porque eles é que sabem, não somos nós. (Miguel, 61 anos, 1º Ciclo)*

*Eu estou como diz o Dr. Rui, que não, não é preciso fazer dieta, é preciso é  
comer as coisas por regra. Sei lá, não beber um litro de vinho, como ele diz,  
beber um copo ou dois. Não comer um prato cheio de comida a deitar fora. (...)  
Não, não, nunca me disse que eu que estava proibido de comer nada. Tinha  
que comer tudo e comer tudo era com regra. (...) É, é difícil porque... Vamos lá a  
ver, nós estamos habituados a um tipo de vida, comer, pronto, e às vezes  
comer dá um certo prazer e depois termos que começar a fazer restrições  
nessas, nessas coisas, claro... que isso custa um bocado (...) Ele, por exemplo, se  
eu, se eu aumentar a cintura, ou se aumentar o peso tenho que o ouvir ali. (...)  
Depois vou para casa ponho-me a pensar naquilo que ele me disse. Nós às  
vezes, como diz o povo, fazemos ouvidos de mercador e não devíamos. (João  
Carlos, 52 anos, 3º Ciclo)*

Os entendimentos que os doentes têm sobre como fazer uma alimentação adequada resultam das suas próprias práticas e não tanto do conselho dos peritos, embora sejam unânimes em dizer que “eles é que sabem” e que se deve fazer o que o médico diz.

Grande número de doentes mostra forte resistência à consulta de nutrição. A consulta de nutrição é pouco considerada e os conselhos aí obtidos vistos como sendo muito rígidos e muito difíceis de cumprir. Alguns entendem que a consulta de nutrição “não traz nada de novo” e por isso, no parecer de alguns entrevistados, não vale a pena. Para outros, a não obtenção dos resultados desejados serve de prova de que a alimentação que fazem não é “culpada” e, portanto, não há razões para a mudança. Arminda, por exemplo, é uma senhora idosa que já teve um AVC e diz o seguinte em relação aos conselhos da nutricionista:

*Ah já pedi, já pedi, já cá vim. Comecei a fazer o que ela mandou, fiz sempre  
tudo o que ela mandou nunca consegui abater.... Assim não, não vou fazer  
mais nada. Vou fazer a vida que eu fazia porque eu comia tudo e mais alguma  
coisa e não engordava e agora estou a comer estas coisitas que me mandam*



*comer e estou a engordar? Então vou comer normal. Não obtive grande resultado. (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

O seguimento de uma dieta é visto como exigindo enorme esforço e que retira liberdade e mesmo prazer à vida.

*Essa consulta de nutrição...a gente quer dizer, para seguir as normas é um bocadinho rígido. E eu às vezes (...) E eu às vezes digo assim "Senhor doutor eu prefiro viver menos dois anos e ser livre, do que andar a ser corrigido em tudo e viver mais dois anos." Está a ver? É seguir aquelas normas. A gente mais hoje ou mais amanhã peca, vai logo ao que não deve ir. Está a ver? O que é a nutrição? É a regra que só pode comer aquilo, àquela hora. E não o permite às vezes. Às vezes eu sei que tomo o pequeno-almoço às oito, às dez tenho que comer uma fruta. A maior parte das vezes não faço isso. Quando tenho vagar, estou em casa até faço. Mas se eu for de viagem já esqueço-me. É difícil cumprir...é difícil cumprir. Acho que para mim e para toda a gente.(...) E eu agora tenho mais cuidado. Quando era mais novo não tinha cuidado nenhum. Eu nunca, nunca liguei a essa conversa do médico: "Ei! Você não pode comer isto, não pode comer ...". Entrava por ali e saía por ali, pronto. E agora com a vida, já tenho uma vida mais calma. Desde que me reformei tenho uma vida mais calma e já escuto mais essas coisas e faço mais atenção. As recomendações do médico não são tão rígidas como é da nutricionista. (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)*

Reconhece-se que não basta ir à consulta de nutrição e depois não colocar em prática as indicações relativas à alimentação. Mas, na verdade, a preocupação com o que se come só ocorre quando a situação de saúde se encontra alterada ou deteriorada.

*Essa de nutrição já foi combinado para vir mas nunca vim porque a nutrição é boa. A nutrição é uma consulta boa mas a nutrição está dentro de nós, porque nós irmos à consulta não é isso que nos vai fazer ter uma vida mais saudável! Nós temos de pensar, e a gente sabe isso só que nem sempre, só que só começamos a refletir nesse caso depois quando temos de ter algum cuidado com a nossa alimentação. Como é o caso que eu tenho tido desde que me deu estas coisas. E a partir daí temos de ver. (...) Embora a nutrição também é bom,*

*tem é de se pôr em prática, não é só vir à consulta. (Paulo, 50 anos, 1º Ciclo)*

*Já lá andei também. Foi, de certa maneira foi importante, mas não, não notei assim grandes evoluções sinceramente. (...) Sobretudo na alimentação. Tentar mudar hábitos alimentares. Só que pô-los em prática depois não... É muito fácil de se dizer, mas depois... Na altura, na altura ainda não estava desempregado, estava a trabalhar. Há coisas que não são muito viáveis... não são muito fáceis de colocar em prática. Porque é muito fácil dizer: tem que comer de três, em três, ou de x, em x tempo. Em vez de fazer três refeições por dia, faça o dobro... Em vez de comer isto, coma aquilo. É fácil falar, mas depois pôr em prática, provavelmente nem quem está a dizer consegue fazê-lo. Porquê? Porque... Depende dos trabalhos que cada um tenha, não é? Se eu chego aqui à empresa e me dizem: "Ah, hoje temos isto para fazer, não sei quê. Vamos para Lisboa, vamos para o Porto, não sei quê." Não vou agarrar, não vou levar o saquinho que comprei no Lidl com, com aquela macedónia, ou com aquela, com aquelas couves não sei quê, aquela misturada toda, para ir fazer lá.*

*E – E depois faz o almoço com os colegas...*

*Claro, claro e come-se quando se tem tempo para, quando chega a hora para, quando se tem o trabalho feito para se comer. Não é muito fácil pôr em prática isso. (Filipe, 41 anos, 3º Ciclo)*

Nas entrevistas, os inquiridos transmitem a ideia de que de que é preciso muita força de vontade, muita disciplina, para seguir os conselhos quer relativamente à alimentação quer à prática de exercício físico, que dizem exigir muito trabalho e não terem tempo. Na generalidade dos casos dizem ser difícil alterar dietas alimentares realçando a relação e as razões dessa dificuldade com os constrangimentos e rotinas das suas vidas, nomeadamente o trabalho. Praticar exercício físico é algo que se apresenta como estando para além dos hábitos quotidianos, o que revela o carácter sedentário da vida moderna e a sua interiorização como forma de estar. O exercício físico é visto como sinónimo de esforço mas também, e sobretudo no caso das pessoas ativas, como algo mais a ter de conciliar com as responsabilidades profissionais e familiares. Para o senhor Filipe, bem como para outros entrevistados, a falta de tempo para a prática de desporto parece constituir um sério impedimento. A atividade física, não sendo uma prática integrante do modo de vida de muitos dos entrevistados, o que

sucede também para grande parte da população portuguesa, torna-se uma imposição médica difícil de cumprir.

*Para mim é o peso. Porque de facto, eu também tenho consciência. Porque é uma das coisas que também contribui para o aumento da tensão arterial, não é? É o peso. Sugerem uma alimentação, que esteja... Esquema de alimentação e tudo. "Deve fazer assim, siga estes conselhos" (...) Não é fácil. Não é fácil quem não está em casa. Você devia comer quatro ou cinco vezes por dia... Se não estou em casa não posso andar ali ... (....) A medicação sigo perfeitamente! Isso não tem problema nenhum. E aos exames que tenho que ir fazendo e essas coisas todas sigo. O problema maior é de facto a redução do peso. Já consegui reduzir algum. Vou reduzindo aos poucos. Ainda agora ficou muito satisfeito porque perdi seis quilos. (...) Porque eu sou uma pessoa que só tomo o pequeno-almoço, almoço e janto. Mais nada. Nem tenho tempo para mais. Muitas vezes nem o pequeno-almoço tomo. Porque se acordo um bocadinho mais tarde e sei que tenho uma reunião às dez horas e não sei quê, ainda tenho que ir fazer (...) eu ponho-me a andar e toca a andar. (...) E pronto almoço todos os dias fora. Trabalho quase a vinte quilómetros de casa. Janto muita vez fora. É sempre muito difícil seguir uma alimentação equilibrada. O equilibrada no sentido de horas, de comer quatro cinco seis vezes, horas certas. É muito difícil! Porque o comer posso, tirando algumas situações .... Mas se sentar num restaurante posso pedir um prato de peixe e hortaliça que não tem problema nenhum. É o pior, é o pior para mim. É perda de peso que é controlar a alimentação. (...)*

*Nós falamos muita vez que é eu estar mais gordo e assim... percebo perfeitamente. Agora do ser ao parecer vai uma diferença (RISOS)! Eu fazer é que.... Mas de resto...*

*E- Uma diferença porquê?*

*Porque depois como é hei de explicar.... Os nossos instintos de.... Bate-me na cabeça de ir querer comer qualquer coisa.... Depois é a minha cabeça que manda, depois é uma guerra entre quem ganha. A mim dá-me aquela vontade e tem de ser e acabou! (RISOS) Há muitas coisas a fazer DA MINHA PARTE. Tipo exercício físico e assim. Agora tentar conciliar isso com o meu tipo de vida é um bocado complicado, porque eu tenho uma filha, porque a minha esposa faz turnos, arranjar um bocado de tempo só para mim é complicado. Só se for ao fim de semana mas ao fim de semana também tenho um quintal, tenho*

*sempre de fazer uma pessoa esquece-se um bocado dessa parte. Para a parte do exercício físico propriamente dita não tenho tempo, não tenho. Tenho a miúda, tenho de fazer desde ir buscá-la à cresce, comer, os banhos, ensinar os trabalhos da escola isso tudo, semanalmente sobra-me pouco ou nada, se tiver que fazer é mesmo só ao fim de semana. (Filipe, 41 anos, 3ºciclo)*

Para além da falta de tempo e dos regimes de dieta serem considerados complicados, outro obstáculo à adoção dos conselhos relativos às mudanças das práticas alimentares são o gosto e os hábitos alimentares, a que alguns entrevistados se referem.<sup>61</sup> O reconhecimento do hábito como mau para a saúde não leva a que o mesmo seja alterado pois considera-se que isso é muito difícil e que se perde o sabor, o paladar e o prazer da refeição. Neste gosto está muito marcada a presença do sal.

*O conselho é o mesmo de sempre: controlar na boca.... (PAUSA) Basicamente é isso. Penso que sim, em casa nós comemos de tudo, e depois é a nosso gosto, agora não quer dizer que seja bem. Não é. É ao nosso gosto embora eu saiba de ante mão que é prejudicial. É os molhos, é os sais, essas coisas todas... (Pedro, entrevista pós consulta)*

*Em relação à alimentação, eu tenho a indicação de comer a meio sal, meio sal! Ah, nem sempre o faço, nem sempre o faço. (...) Por exemplo lanche: eu antigamente... Gosto de presunto, e antigamente comprava presunto, e gostava muito de comer aquele presunto saboroso, salgadinho. Hoje também o como, não esse, daquele fatiado que enfim também não deixa de ter a sua quantidadezinha de sal. (Carolino, entrevista pós consulta).*

As esposas são muitas vezes mencionadas quando os entrevistados abordam a diminuição do sal na preparação das refeições. As mulheres parecem ter aqui um papel muito importante fazendo essa redução, mesmo que por vezes contra o gosto e vontade do marido hipertenso.

---

<sup>61</sup> Sobre o conceito do gosto remetemos para o trabalho de Antoine Hennion (2005). Hennion refere concretamente os problemas que a sociologia tem com a relação com o gosto. O que o autor contesta é a colagem dos estudos sociológicos sobre o gosto a uma ideia de natureza sobredeterminada dos gostos e a sua função como marcadores das diferenças e identidades sociais. Para Hennion, “o gosto é antes de tudo uma modalidade problemática de ligação com o mundo” (*Idem*, p. 255). Hennion apresenta uma conceção pragmática do gosto, sendo este entendida como uma atividade reflexiva, performativa e composta por vários elementos heterogéneos (um coletivo, dispositivos de gosto, o corpo, os retornos do objeto), sempre em relação com as ligações e práticas das pessoas.

*Ela (a esposa) é mais hipertensa do que eu talvez, ela tem mais cuidado, cuidado com o sal do que eu. Só que eu não consigo muito me habituar à comida com pouco sal. É difícil. O que me tem, o que tem a mim mesmo controlado é o comprimidozito. O sal de todo não... não me resolve.*

*E – É o mais difícil para o senhor Alfredo?*

*Para mim é. É, é. Dizer assim: ah, o sal. Mas eu também não acredito muito que o sal resolva tudo. Só o sal. Eu não tenho essa consciência, não sei. (...) Pronto, eu vou tomar sal, 10, 15% de sal. O meu ramo foi pastelaria, padaria e sempre, ultimamente levava recomendações por causa do sal no pão, mas eu sempre discordei disso. E depois... Quer dizer, quer dizer, só o sal do pão é que faz mal? E eu digo assim: então e no fiambre que vem cheio de sal? Porque é que não proibem também o fiambre no sal? (...) Batatas fritas também têm sal? Há tanta comida que a gente compra que tem sal. Eu digo, eu ainda não entendi porque que é que só o pão é que foi perseguido pelo sal. Come-se e bem. Já se retirarem o sal, a gente habitua-se e também claro, mas não, não é por aí. O fiambre tem muito mais sal. Manteiga com sal. Então punham só manteiga normal. Eu só digo porque é que não proibem em tanta coisa como no pão? (Alfredo, 67 anos, 1º Ciclo)*

O senhor Alfredo faz referência às discussões sobre a limitação do teor de sal no fabrico de pão, regulamentada pela Lei nº 75 de 12 de Agosto 2009.<sup>62</sup> No nosso país o consumo médio diário de sal era estimado em 12,3 gramas, o dobro do limite máximo diário recomendado pela OMS e esse foi um motivo apontado para a necessidade desta Lei, tornando-se Portugal um dos primeiros países a ter uma lei que

---

<sup>62</sup> A Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto (*Diário da República*, 1.ª série, N.º 155, 12 de Agosto de 2009) estabelece normas com vista à redução do teor de sal no pão fixando o limite máximo ao conteúdo de sal no pão, após confeccionado, de 1,4 g por 100 g de pão. Mas, desde 2006, a ARS Centro, através do Departamento de Saúde Pública e Planeamento, desenvolve um projeto de intervenção comunitária designado *Pão.Come*. Este projeto encontra-se integrado no programa de prevenção de doenças cardio-cerebro-vasculares e doenças oncológicas e no programa de qualidade e vigilância alimentar, com um leque temporal de 2006 a 2020. O objetivo do projeto é combater o número de doenças cardiovasculares e outras associadas ao excesso de consumo de sal. O projeto *Pão.Come*, visando a redução da quantidade de sal colocada no fabrico do pão, estabeleceu “contratos programa” com as panificadoras locais para a redução gradual de teor de sal empregado no pão e em 2010 estavam já envolvidas, de forma voluntária, mais de 1000 padarias. Devido a esta ação, desde 2006 que mais de 80% das panificadoras da Região Centro do país já haviam reduzido a quantidade de sal no fabrico do pão para menos de metade do valor que em 2009 veio a ser estipulado por Lei.

limita o sal no pão.<sup>63</sup>

As desvantagens do sal na alimentação para os doentes com desordens vasculares há muito que são apontadas. Já no século XVIII se faziam estas recomendações, tendo sido mencionadas por Widal num artigo de 1904 sobre causas da hipertensão arterial (Postel-Vinay, 1996, p. 117). A dieta sem sal não era usada de forma sistemática para as populações que sofriam de hipertensão, embora fossem reconhecidos os “problemas” do consumo do sal nesta questão (*Ibidem*). Nessa altura numerosas e variadas restrições de dieta eram propostas para a arteriosclerose, bem como para todas as doenças. Sobretudo era popular a “dieta do leite”. A dieta sem sal “não é de todo obrigatória” mas contudo, “é preferível acostumar o paciente a restringir o uso do cloreto de sódio, para que a sua eventual remoção total se se tornar necessária, seja mais fácil de aceitar” (*como referido em Ibidem*, p. 118). A dieta sem sal tornou-se popular durante os anos de 1940, não sem muitas contestações sobre a sua pertinência. Ainda em 1939 se escrevia “não há recomendações dietéticas que tenham um benefício essencial para a hipertensão” (*Ibidem*). As abordagens e teorias médicas sobre interpretações e tratamentos da hipertensão eram variadas bem como as propostas apresentadas, dieta sem proteínas, dieta sem sal, termas, cirurgia.

A referência aos hábitos alimentares não se restringe ao uso do sal. Há alimentos que detêm um grande valor simbólico e cuja avaliação dos entrevistados não os coloca na categoria de “maus” para a sua saúde, é o caso do vinho e do pão. E há também o sublinhar da importância do “comer bem”, considerando que junto das pessoas ouvidas tal remete para a prática de uma alimentação muito calórica e em grande quantidade, bastante similar ao indicado por Bourdieu (2006) no que respeita às classes baixas ou por Hespanha (1987), referindo-se à alimentação tradicional camponesa no nosso país.

*Recomendou-me por causa das dietas, para ter cuidado com a batata, cuidado com o pão, cuidado com isto.... Eu disse, olhe senhor doutor, tire-me tudo durante a refeição mas o pão não me tire. Podem-me tirar o vinho, tirar o vinho, podem-me tirar tudo mas o pão.... Se eu não tiver pão, com um bocado*

---

<sup>63</sup> Cf. Jornal Público de 12.08.2010

*de carne, seja com o que for, eu não consigo comer! Tenho de ter um bocado de pão, uma broa cozida em casa, eu gosto mais de broa caseira, mas tenho de ter sempre um bocado de pão! Agora lá o vinho não me faz diferença nenhuma! Antigamente parece que sentia a falta do vinho, uma pinga de vinho à refeição. Agora parece que já não me faz falta nenhuma. Mas sem pão.... Ele diz-me cuidado com o pão, que o pão tem açúcar, cuidado com as batatas, coma menos.... Está-me sempre a recomendar mas às vezes a fome aperta.... (RISOS) e sabe-nos bem. (Francisco, 46 anos, 1º Ciclo)*

*Como diz o doutor: “A minha parte está feita, está aqui. Agora você tem que fazer a sua parte.” A minha parte é, é controlar-me na alimentação e fazer exercício físico. (...). Não quer dizer que de vez em quando não possa falhar lá qualquer coisa, não possa haver um comer que possa ter um bocadinho de sal que não devia ter, ou... Há uma coisa que eu de facto... Sempre fui um maluco por pão! (RISOS) (...) Eu também é assim, como eu também sempre bebi na minha vida desde que me recordo com os meus pais, recordo-me de beber desde os meus cinco, seis anos de idade. Bebia e na altura até quando era miúdo bebia. (...) O exercício físico sinceramente é que... é desmotivante. (Filipe, 41 anos, 3º ciclo)*

*O importante é comer! (RISOS) Eu acho que se eu comesse como certas pessoas que andava ainda mais gordo, é a minha ideia. Eu só como à refeição, Mas é assim, eu sento-me para comer é para comer! Eu como até eu gostar do comer. Principalmente à noite, depois possivelmente até me sinto mal, sinto mal no sentido de estar muito cheio, e depois as recomendações do senhor doutor, que tenho de fazer uma caminhada ou assim mas eu tenho a minha ideia de que se eu fizesse isso... Porque eu não deixo de comer à refeição, então comendo na mesma no meio da refeição chego à refeição e como na mesma, que eu acho que não como por fome. (Pedro, entrevista pós consulta)*

Há uma pequena minoria de entrevistados que não tece críticas à necessidade de exercício físico e controlo alimentar, compreendendo e reconhecendo a sua importância e bons resultados no que respeita à saúde, e que aprecia o contributo da consulta de nutrição. Estes entrevistados são os que possuem maiores níveis de habilitações académicas.

*Moderação. O fundamental é a gente comer pouco às refeições. Nós não precisamos de muita comida. Porque o trabalho intelectual, que é o nosso trabalho, é um trabalho que não exige força física. (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

*Eu penso que teve influência o meu pai. Fomos sempre habituados em casa. Os doces são nos dias de anos. Comíamos couves a toda a hora e momento, não havia refeição nenhuma que não houvesse hortaliça. Se não fosse hortaliça, nós tínhamos um quintal grande, se não fosse hortaliça era alface. Eu penso que teve muita influência também a forma como eu fui educada. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

*Como eu sou cardíaco também, eu tinha que baixar o peso, por causa da gordura e a eventualidade de eu ter diabetes. Uma vez passou acima dos valores de referência, então ele mandou-me aqui à nutricionista. A partir daí, portanto, isto há aqui uma cumplicidade entre... Uma equipa de saúde, exatamente. E que eu podia não ligar nada, mas liguei e achei isso importante e hoje como de maneira diferente. Não é nada fácil, mas por acaso comigo até foi bom, (...) eu agora habituei-me a comer peixe e já como com dificuldade a carne. Como, mas já não ... Porque o peixe é muito melhor que a carne. (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)*

Refletindo sobre os comportamentos saudáveis indicados pelo médico mas também difundidos como mensagem social generalizada - comer várias vezes ao dia, ingerir menos alimentos, não consumir gorduras, reduzir o sal, praticar exercício – revela-se uma dimensão social ou moral (Goffman, 1998) daquilo que são as boas práticas para uma vida saudável e também o sentimento de culpabilidade nas pessoas. A autoavaliação produzida pelos entrevistados, declaradamente negativa, motivada pelo balanço entre o que *não se faz* e que se devia *fazer*, vai revelando essa falta ou incumprimento em que os hipertensos se sentem.

A disposição para a prática de comportamentos saudáveis é socializada a um nível cognitivo como norma complementar ao “modo de vida”, e não como dele fazendo parte integrante como disposição interiorizada. Nessa medida, ela não tem força para se impor a outras disposições já instaladas e facilitadas pelo hábito, o que,



provocando incoerência entre a disposição e a prática, é geradora desses sentimentos de culpa ou mesmo falha (Bourdieu, 2006; Silva, 2008). Os entrevistados parecem fazer um balanço entre a percepção do seu bem-estar e os conselhos médicos recebidos na consulta. Tal como surge no trabalho de Luísa Ferreira da Silva (2008, p. 64), sobre as lógicas do saudável no quotidiano, “entre bem-estar e saudável, percecionados como opostos, é o primeiro o escolhido”. Não estando em situação de doença aguda ou num momento particularmente preocupante em relação à saúde, o bem-estar, avaliado como a capacidade de “ir levando a vida”, parece não exigir que se pratiquem as recomendações salutogénicas dadas na consulta de HTA. Não esqueçamos, contudo, que os entrevistados são doentes crónicos para os quais as práticas de vida saudáveis têm grande importância.

Quando se evoca o que “tem de ser feito” ou que “deveria ser feito” perante o facto de se ter hipertensão, o exercício físico não surge de forma tão espontânea como as regras alimentares. No caso de alguns idosos, “isso da ginástica é para gente nova que quer ser magra”<sup>64</sup>. Por exercício físico, na generalidade, os entrevistados entendem o “andar”, caminhar, fazer passeios. Apenas em dois casos encontramos uma prática regular de desporto com ida ao ginásio e prática de uma modalidade desportiva. As razões apontadas para não fazer exercício são a falta de tempo, a falta de hábito, porque é fisicamente desconfortável (tem-se dores nas pernas, nas costas) ou simplesmente por “comodismo” ou preguiça.

Quer no caso da alimentação, quer do exercício físico, havendo e sendo mesmo reconhecido espaço para a agência individual para a adoção de novas práticas, parece, no entanto, que o esforço implicado nessa mudança se revela muito forte e, no entender de alguns, retira mesmo às suas vidas fontes de prazer imediato pelo consumo de determinados alimentos, por exemplo. Pensar então nos “ganhos diferidos” (Bourdieu, 2006, p. 172 e ss.) do abandono de certas práticas torna-se não só muito difícil como pouco motivador, uma vez que não existe verdadeira crença em tais ganhos ou benefícios.

---

<sup>64</sup> Entrevista, Arminda, 71 anos, Curso Profissional.

### 3.3. Regras, excessos e vidas normais – o *ter cuidado*

Se é verdade que os hipertensos revelam algum ceticismo face ao grau de benefício de dietas e exercício físico no que a grandes melhorias do seu estado de saúde diz respeito, contudo mostram ter interiorizado as mensagens generalizadas disseminadas pela saúde pública, não deixando porém de as adaptar.

A abordagem que os hipertensos fazem às recomendações médicas relativas aos hábitos de vida remete quase sempre para a ideia de “moderação”, o “ter cuidado”. Os excessos, de todo o tipo, são sempre vistos como nefastos e a moderação uma virtude. Com facilidade os entrevistados se qualificam a si mesmo como cuidadosos, moderados e vêem em outros o incumprimento desses princípios. Em algumas situações, o reconhecimento do próprio excesso acontece mas relativamente àquilo que foram práticas tidas no passado e que hoje já não se verificam, ou seja, não se verificam como regra. Hoje afirmam terem consciência das consequências nefastas para a saúde.

*Nós temos de evitar as gorduras, infelizmente que gosto tanto e tenho de as evitar.* (Conceição e Arménio, esposos, entrevista pós consulta)

*Ai sei lá...Reduzir na alimentação, nas gorduras, gorduras isso eu gosto Se eu pudesse tudo o que fosse assim de gordura. Não como, não como porque sei que não posso, porque isso é que era, isso é que eu gostava. Por exemplo, gosto de uma carne, não gosto de carne de vaca! Mas se for um chispe, uma coisa qualquer... Já, se eu pudesse roía aquela gordura toda.*

*Era pois. Eu comia essas coisas todas. No como e se como não exagero, porque não posso. Pronto mas as pessoas que têm, têm que ter, lá está, têm que ter cuidado. Não podem comer assim, nem em excesso, nem beber e nem comer muitas gorduras. Mesmo as manteigas e queijos gordos e tudo não se podem comer. Mas eu também não como queijo. Só queijo fresco! E pouco!* (Ana Isabel, 67 anos, 1º ciclo)

À necessidade de ter cuidado e ao cumprimento de regras de moderação alimentar, contrapõe-se a exceção que deve ser reservada para ocasiões especiais de festa.

*O meu Natal é só uma fatia de bolo-rei e queijo da serra. E ele (o médico) diz-me que é no Natal e nos meus anos. E eu disse "Oh senhor doutor então o Natal é em Dezembro, eu faço anos dia um de Março. Então e depois o ano todo?" Como queijo fresco.(...) Evito os fritos. Muita hortalça sempre alface.*  
(Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)

*É assim, eu acho que faço aquilo que posso ou que devo, não é? Que é ter cuidado com a alimentação, com o tipo de alimentos, fazer a medicação certa, tal como é indicado, é caminhar o máximo possível e pronto. (...) Eu penso que portanto a alimentação, a medicação diária para isso e se calhar também o cuidado que eu tento manter (RISOS) e claro que nestas alturas do Natal a gente abusa sempre mais um bocadinho naquilo que não deve. (Teresa, 82 anos, 1º ciclo)*

O “cuidado” exige um esforço deliberado para a saúde e é revelador da força interior e da capacidade de controlo que tem de se ter para resistir às tentações, seja de ceder aos gostos instalados seja para não cometer excessos. O sentido atribuído ao termo "excesso" revela ainda a sua relação com as perceções dos entrevistados ligadas à ideia de corpo-máquina e dos efeitos nocivos do excesso, seja relativamente à alimentação, ao trabalho, ao frio, etc. Este significado do excesso como fator etiológico adequa-se bem a um modelo biologizante da doença em que o corpo se ressentia daquilo a que é exposto, numa relação causal natural. A biologização da doença opera no sentido de atomizar os fatores de maneira arbitrária e reducionista, de modo que o conceito de doença se subordina ao facto biológico (foi o cansaço, foi a comida, foi o frio). Essas conceções sobre a causalidade promovem uma hipervalorização das características individuais (ser forte, ser jovem, aguentar).

*O cuidado olhe, é descansar mais um bocado. É ... agora estou muito agarrada à cama quando está frio e então... Mas descansar mais.*

*E- Descansar? Mas o doutor não quer que se mexa?*

*Pois é. Pois quer! (RISOS) (Teresa, 82 anos, 1º ciclo)*

Para outros, os cuidados a ter não são nenhuns. Restringem-se apenas à toma da medicação e “ir levando” a vida como sempre.

*Nada. Digo-lhe já que nada, porque é assim: quando se sai de uma situação de operação, primeiro pensa-se que já se conseguiu passar aquela etapa, pronto, e o que vier a seguir é assim: é cumprir a medicação que nos dão, é fazer os exames que também nos são feitos regularmente ... E depois tomar uns comprimidos para a tensão arterial. Medimos a tensão, está boa. Mas é forçado, quer dizer o estar bom é forçado, é forçado pela medicação. Portanto, a partir daí eu acho que, acho que ninguém pensa mais nisso. (Henrique, 60 anos, Ensino Secundário)*

*Oh! Ter cuidado... (RISOS) Isso é a mesma coisa que a senhora vai com o seu carro e diz limite de velocidade 40 km e vai a 60, quer dizer ia a 100 passou para 60, teve cuidado mas não teve o cuidado suficiente. (RISOS) Para mim ter cuidado é ir levando. Eu também fiz uns limites, mas não há regra sem exceção. De vez em quando também tenho assim um pifo que é para o corpo também não se desabituar. Depois sou capaz de estar um mês ou dois meses ou mais sem isso acontecer, não é? Não há regra sem exceção, agora nós é que temos a obrigação. (António, 66 anos, 1º ciclo)*

A linguagem a que os médicos recorrem e também a que se ouve nos meios de comunicação social é traduzida no discurso leigo para expressões populares que facilitam a aceitação da norma ao adaptarem-na a imagens reconhecidas. Na prática, tal adaptação resulta numa atitude de conciliar a vida prática com o conhecimento divulgado e são disso principal expressão os ditos «comer um bocadinho de tudo», «comer com moderação», expressões que traduzem as noções nutricionais de variedade e de equilíbrio alimentar. É um facto que as noções de equilíbrio e moderação são muitas vezes utilizadas para estabelecer um equilíbrio entre «bons e maus» comportamentos e observar alguma conformidade com os conselhos de saúde (Burton-Jeangros, 2004). Mas as práticas a que essas expressões se referem revelam-se no entanto muito fortemente subordinadas às noções do senso comum e nem sempre correspondem ao significado que a ciência lhes pretende atribuir.

O facto de as pessoas manterem os valores da tensão arterial normais e não se “sentirem mal” parece retirar sentido ao esforço exigido na restrição alimentar ou na prática de exercício físico. Contudo, quando perguntamos aos entrevistados o que entendiam que deveriam fazer pela sua saúde, a atividade física, “andar”, e a

eliminação ou redução das gorduras é aquilo que surge mencionado maior número de vezes. Tal como foi encontrado por Luísa Ferreira da Silva (2008, p. 116), no seu trabalho de pesquisa sobre as lógicas do saudável no quotidiano, as pessoas que começaram a fazer exercício por ordem médica encaram o exercício como um esforço suplementar na vida, que só se justifica quando a saúde está ameaçada. A motivação para agir é terapêutica, numa perspetiva que vê como vantagens no exercitar-se a correção de problemas de saúde ou a prevenção do seu agravamento. Esta situação diferenciada, entre aqueles para quem a educação física constitui um hábito e aqueles para quem é entendida como uma ordem médica, parece ser corroborante da abordagem de Bourdieu (2006) no que respeita à relação que as diferentes classes sociais detêm com o exercício físico e com o corpo em geral.

*Andar. Eu continuar posso continuar como estou que eu não me sinto mal, mas andar eu sei que é indispensável. Eu é que sou um bocadito preguiçosa e agora está frio e tenho medo de me constipar. De resto faço a minha vida normal.*  
(Irene, entrevista pós consulta)

Perguntou-se também o que vão fazer até à próxima consulta. Nesta resposta os doentes mencionam todos os tipos de exames e análises que foram prescritos pelo médico, não alterando basicamente nada nas suas rotinas.

*Continuo a fazer o que continuava a fazer com os medicamentos, isso continua sempre. E não continuo a andar! Ando pouco (...) Modificar não. Vou fazer, tentar fazer, aquilo que ele disse, o que ele quer é que eu ande mais. Eu vou fazer se faço os possíveis para fazer tudo e mais alguma coisa. As coisas, graças a Deus, está tudo mais ou menos, estão benzinho. Mas ele, você podia-se esforçar mais um bocadinho, andar mais um bocado e não sei quantos e tal.... E eu vou fazer os possíveis. Eu é falta de TEMPO, o meu problema agora é o tempo. Já ficou marcada para o dia 18 de Abril. Vou fazer análises, e um eletrocardiograma. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

A ideia da autovigilância, do estar atento, da capacidade de nos quotidianos ir prestando atenção aos sinais do corpo, ir gerindo a tensão arterial, é vista pelos doentes basicamente como cumprir com a frequência das consultas.

No decurso da pesquisa tornou-se claro que, para a maioria dos doentes, a hipertensão é uma questão de “não abusar”, de “ter cuidado”, de “excessos” e de “limites”. Há leitura moral dos excessos cometidos, geralmente remetida ao comportamento de terceiras pessoas a quem não se reconhece «terem controlo». Os inquiridos articulam as suas visões sobre o que é bom ou mau para a saúde e como nos devemos comportar por referência a outros, cujos comportamentos são caracterizados como sendo extremos.

*Eu como falo com muita gente e surpreende-me. Dizem sou diabético. E eu vejo-os a comer de tudo! Eu fico surpreso porque eu não posso comer nada!*  
(Horácio, 76 anos, 1º ciclo)

*Não, não, não! E eu até sou uma pessoa .... Eu costumo dizer assim, é um exagero, porque podem até achar que é um exagero. Eu sou muito gorda, mas não é por aquilo que eu como!* (Ana Isabel, 64 anos, 1º ciclo)

Apontam o comportamento de excessos como algo muito prejudicial e como uma manifestação de “falta de juízo”.

*Os diabéticos que eu conheço são todos uns infratores! Eu conheço diabéticos que comem mais doces do que eu. E depois "Ah ponha-me mais um não sei quanto de insulina." E isso não é, para mim, isso não é lógico. Mas pronto cada um tem a sua maneira de ser. Portanto, e eles... Ainda agora a minha parceira, que é a mãe da minha nora, faleceu agora há coisa de uns três meses ou quê, uma diabética daquelas... E ela não faleceu de diabetes e ela fazia tanta asneirinha, íamos às festitas lá em casa do meu filho ou assim e ela comia mais doces do que eu e coisa, depois dava mais insulina mais não sei quê, fazia muitas comidas, muitas coisas assim. (...) Eu, às vezes, dizia assim "Eu acho que ela que abusa." Mas ela é maior e vacinada ela é que sabe da vida dela. E depois acabou por morrer com um edema agudo do pulmão. Mas pronto é assim.* (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)

*Há pessoas que ... por exemplo, o meu colega, ele fuma muito e o médico já disse para ele deixar de fumar, ele tem muitos problemas. Ele andou semanas sem fumar! Conseguiu. Depois viu outro senhor a fumar ao pé dele e ele teve de voltar a fumar! Isso para mim é um problema na cabeça! (...). Isso para mim é mais uma mania!* (Francisco, 46 anos, 1º Ciclo)

A moderação é vista como uma virtude. Deste modo, estas doenças (hipertensão, diabetes) são olhadas como um problema de comportamento, de atitude, e que depois se “apanham” no corpo.

*Eu, por exemplo, tenho a diabetes, mas não sei como apareceu, sem saber porquê. Talvez abusasse muito nos doces quando era, quando era mais novo. Que eu era muito guloso, comia muito doce. Talvez isto também desse origem a isso. Apareceu-me a diabetes. E agora foi uma doença que se instalou, que se instalou e não se pode tirar! (...)*

*Porque ele por enquanto acelera sozinho e de vez em quando abafa-se. Porquê? É algum problema, alguma coisa a brincar com o nosso organismo, não é? É o nosso organismo que faz isso. É uma doença que está cá instalada que provoca isso. Acelera o coração, passa a bater tum, tum, tum altera a tensão. Outras vezes, esse vírus mete-se no coração e "pxité acalma-te aí um bocadinho!" E ele começa devagarinho, devagarinho. (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)*

Não cometer excessos parece ser a máxima ou a orientação que se deve seguir em termos de práticas e de vida. Mas os excessos ocasionais não são vistos como maus em si mesmos. Por vezes o que sabe bem na vida tem de ser aproveitado mesmo sendo menos bom para a saúde. Outros estudos na população em geral corroboram esta ideia da moderação versus excessos ocasionais como sendo uma regra aprovada por todos (Backett, 1992; Silva, 2008). O “saudável médico” por vezes também tem de ser quebrado em prol das sociabilidades, das festas, dos pequenos prazeres, desde que seja tudo feito com equilíbrio.

*Há vários fatores. Por exemplo se a pessoa apanhar a carraspana de um dia para o outro! Beber uns copos durante a noite, de manhã o problema está lá! A má boca. A má boca é o quê? É o muito e o errado! São as duas coisas juntas (RISOS). O errado são as coisas com muito sal. (PAUSA) E o muito é a gente comer demais. Por exemplo, eu vou a casamentos eu como de tudo, mesmo que não goste! Ponho um bocadinho no prato e come-se de tudo e não se empanturra. Porque a gente quer num casamento quer num convívio ou assim, é a gente estar, saber estar e não estar contrafeito. (António, 66 anos, 1º Ciclo)*

O equilíbrio quer-se não apenas na saúde como na vida em geral e na própria personalidade do indivíduo. A ideia do excesso ou exagero como causa de doença estende-se ao trabalho e ao stress.

*É o stress! O stress mata muito. Mata a pessoa. A pessoa tem que manter a vida normalizada, se conseguir evitar o stress das coisas, evitar as confusões, evitar muita coisa para a gente não se enervar, para a gente ficar estabilizado. Uma pessoa não se quer muito calma, nem muito ativa. Quer-se no normal. Uma pessoa muito ativa cuidado com ela. Uma pessoa que é muito calma cuidado também com ela, também não é normal. Uma pessoa quer-se normal. É. Com pouco fogo já estava a arder. Com pouco fogo já estava a ferver. E isso é que mata. Sei lá! Talvez os tristes da vida, as complicações. Eu agora tenho menos isso. Agora já me reformei, tenho uma vida mais descansadinha. (...) Era a vida que originava isto. A vida não é fácil para toda a gente, não é? (...) O stress da vida. Aquilo (AVC) até foi num domingo. Eu estava a trabalhar aos domingos e tudo. Não ia para a cama. E tudo isso dá origem. Pois, eu não tive uma vida fácil. Agora sim. Agora já esqueci esses problemas todos, agora a vida continua. Portanto são estas coisas todas que fazem a hipertensão desnormalizar. (Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)*

Os julgamentos sociais e morais que hoje parecem sobrepor-se aos comportamentos de saúde são em parte atribuídos às ideologias da responsabilidade individual e de autocuidados prevalecente na educação para a saúde. As pressões morais e mesmo comerciais integram a noção da saúde à de estilos de vida e comportamentos. A avaliação moral e os julgamentos sobre bons e maus comportamentos imputam um sentimento de culpa e/ou mesmo vergonha por comportamentos não saudáveis. Admite-se que, desde que a saúde é em parte uma conquista, torna-se um dever pessoal e uma obrigação social zelar por ela.

*Se eu tiver aqui uma coisa que diga assim: “Olha, se tu comeres isto vais à vida, morres.” Então vou comer? Então se um maço de tabaco diz: o tabaco mata. E ele está a fumar? Eh pá, espere aí, ou é maluco, ou não sei, ou pratica qualquer coisa, não é? Só se for um gajo doido, não é? Então, faz e acabou. Porque é que há aí pessoas que têm diabetes, não é? Eu sei. Por exemplo, lá está na minha zona, está lá um indivíduo que tem diabetes, os diabetes dele na casa dos 190,*



*200 e diz que ele come normal! Ele é que diz os valores são o normal. Eu assim: “Oh Matias, tu és maluco, ou quê pá?” Há lá outro indivíduo que a insulina, toma insulina. Sabe qual é? A primeira insulina é de manhã. Sabe qual é a de tarde? É bebedeira. Não, não... Eu não sei explicar, eles também não sabem, por isso, mas isso a vida é deles, a mim não me interessa. (Manuel Augusto, 79 anos, 1º ciclo)*

A análise dos discursos mostra como a alimentação é uma prática social em que se espelham a cultura e a organização da sociedade. Alimentar-se é não só comer mas integrar um grupo que comunica representações sobre o ato de comer, ou seja, partilha cultura. O que torna “saudáveis” ou pelo menos “inofensivos” os alimentos que se consomem em casa liga-se com o nível simbólico (Bourdieu, 2006).

Também através dos discursos dos hipertensos, observamos, tal como Luísa Silva (2008), que a representação social da alimentação integra o conhecimento das normas nutricionais de estilo alimentar saudável. Mas a apropriação que dele se faz é pessoal e subjetiva, adaptada aos hábitos e obediente ao gosto. A referência à normatividade como justificação das escolhas racionais aparece profundamente imbrincada na subjetividade, com a racionalidade leiga a modificar os significados das normas por forma a adequá-las aos contextos de vida. A agência individual reconhece dispor de um espaço de jogo onde pode fazer escolhas mas percecionam-nas como resultado de um esforço da vontade contra as tendências estruturais da organização, do trabalho e do consumo.

Tal como Luísa Silva também concluí no seu trabalho sobre representações sociais de saúde, “o «saudável alimentar» do pensamento leigo é muito distante, nas suas lógicas do «saudável nutricional», desde logo porque, fazendo da alimentação um ato social, inscreve-a numa lógica subjetiva imbuída de simbolismos que integram outros valores para além do da saúde biológica de racionalidade científico-médica que, na(s) prática(s) secundariza” (Silva, 2008, p. 105).

### ***A importância das representações sociais***

Todas as ideias expressas sobre o que se entende por “uma vida normal”, “ter cuidado” ou moderação, bem como quais os alimentos bons e quais os “perigosos”, remetem para o universos das representações sociais das pessoas com hipertensão. Como refere José Resende (2003, p. 144), “as representações não devem ser consideradas como categoria analítica inseparável dos juízos humanos formulados sobre o seu mundo e o mundo dos outros”.<sup>65</sup> Tal como Resende, usamos o conceito de representações sociais no sentido da proposta de Denise Jodelet (1997), que o define “como uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, detendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet citada por Resende: 2003, p. 152).

As representações constituem formas de conhecimento, formas de sentido que resultam das relações que os atores estabelecem com os seus objetos e com os outros atores. Sendo formas cognitivas constitutivas de práticas significativas para os atores que as partilham, o seu significado atribuí determinado sentido à realidade, que não é concebida como uma realidade meramente existencial mas como uma realidade *reproduzida* de acordo com as relações contextualizadas historicamente (Resende, 2003). Este aspeto sublinha a ligação das representações sociais às práticas contextualizadas e às “crenças”, como forma de adesão e participação em realidades determinadas.

Como saberes práticos as representações sociais apresentam múltiplas funções. Como afirma Almeida (1990), as representações sociais “são saberes socialmente engendrados com funcionalidades práticas diversas na interpretação e no controlo da realidade. Elas constituem referências explicativas, comunicacionais e operatórias” (Almeida citado por Resende, 2003: 155).

Entre as suas funções, sistematizadas por Jorge Vala (1996), destacamos a organização significativa do real e a relacionada com o comportamento. As

---

<sup>65</sup> Para uma discussão profunda e profícua do conceito de representação social, consultar Resende (2003, p. 144-157), com especial ênfase do ponto “*Das representações sociais à sua arquitetura constitutiva*” em diante.

representações sociais propiciam a atribuição de sentido aos objetos e acontecimentos sociais, o que está em forte conexão com o facto de “elas constituírem um sistema de interpretação, no quadro do qual o meio envolvente se torna não estranho e coerente” (Vala citado por Resende, 2003: 156). As funções sociais relacionam-se com o comportamento porque constituem “uma orientação para a ação na medida em que modelam e constituem os elementos do contexto em que um comportamento terá lugar” (Ibidem).

Ao longo das entrevistas as pessoas revelam esta atribuição de sentidos sobre os diversos assuntos, a doença, os alimentos, o que faz bem ou mal à saúde, no quadro de uma interpretação coerente e justificadora das ações práticas envolvidas, criando-se assim a ideia de “lógica”, já atrás referida, como sendo um modo próprio, um “estilo” próprio de significação e ação imbuído de sentido prático.

### **3.4. Medos e comparações**

As definições de saúde e doença variam consoante as culturas, subculturas, comunidades e mesmo entre gerações. Pode também haver distinções entre os conceitos em termos médicos e não médicos ou leigos (Scambler, 1993, p. 33). As racionalidades leigas sobre a saúde e a doença, conjuntamente com um campo mais vasto de fatores sociais, podem influenciar o comportamento das pessoas quando confrontadas com o que percebem ser ameaças à sua saúde. A saúde pode ser definida negativamente como ausência de doença, funcionalmente, como a habilidade, capacidade de desempenhar as tarefas quotidianas, ou positivamente como *fitness* e bem-estar (Herzlich & Pierret, 1984; Scambler, 1993). A literatura mostra-nos que a grande maioria das pessoas tende a considerar sua saúde como boa, mesmo apesar de poderem ter sintomas de doença ou doenças medicamente definidas. Por exemplo muitas pessoas com deficiência ou idosas definem a sua saúde como “excelente”, querendo com isto dizer: a minha saúde é excelente apesar da minha deficiência ou considerando a minha idade. Tal facto está bem documentado no estudo recente de Tania Elias e Karen Lowton (2014) que entrevistaram idosos com mais de 80 anos sobre as suas representações de saúde.

### 3.4.1. Estar doente

As pessoas por nós entrevistadas mostram-se também elas concordantes com uma concepção «funcional» de saúde. Apesar de terem uma doença considerada grave, que as obriga a consultas periódicas e medicação, e mesmo nalguns casos, tendo sofrido acidentes vasculares, consideram-se de forma geral como pessoas saudáveis. O estar doente cinge-se a situações excepcionais em que a doença ou a dor particularmente forte obrigue a romper com as atividades quotidianas e ficar de cama ou em situação de internamento.

*Quando me vêem na cama. Quando me vêem na cama, tirando as dores nas costas, é que tenho mesmo que parar, a dor nas costas tenho mesmo que parar.*

*E - Considera uma pessoa doente?*

*Nem me lembro! Não. Só me considero, sabe quando me considero doente? Ao fim-de-semana quando arranjo oito caixas de comprimidos. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

*Olhe, foi o ano passado (RISOS) que tive uma gripe daquelas. Pois. Engraçado que tomei a vacina. E depois tive uma gripe que não queira saber. Fiquei de cama, estive, quer dizer, não era bem de cama mas não vinha para a rua. Só me lembra de ter assim uma gripe quando tive a asiática. Recorda-se de ouvir falar da asiática? Que até quando andou aí essa gripe não sei de quê...Aí andei doente, aí podia dizer que estive doente, pois quando as pessoas "ah dona Isabel, há tanto tempo que não a via"! Olhe estive doente, estive com gripe. (RISOS) Agora isto não! Vamos levando isto na brincadeira para ver o que é que isto dá.*

*(...) Ai muito bem! Então quando nós olhamos para o lado e vimos tanta gente...só quem passa por aquele Instituto de Oncologia...só quem passa por lá... Muito felizes porque quais hipertensões? Quais oh oh...Deus nos livre! (Ana Isabel, 67 anos, 1º Ciclo)*

A importância dos fatores culturais na forma como os sintomas são interpretados tem sido amplamente estudada, nomeadamente com comunidades migrantes ou grupos étnicos (Kirmayer, Young & Robbins, 1994; Kirmayer & Young,

1998). Tende-se a assumir que esta variação resulta de processos de socialização diferentes, e que o comportamento diferente na doença revela um modo mais vasto de encarar a vida em geral. Ou seja, os padrões culturais dependem dos diferentes contextos sociais. Esta afirmação revela-se, no nosso entender, válida para a compreensão dos comportamentos e valores referentes à saúde/doença de qualquer grupo, inclusive o estudado por nós.

### **3.4.2. A comparação com outras doenças**

Ao longo das entrevistas, parece ser claro que para as pessoas há três situações bastante distintas no que respeita à doença: as “verdadeiras doenças” ou doenças sérias, que remetem para um grande e prolongado sofrimento, implicam dor e/ou hospitalização; as “doenças normais” que surgem com a idade e, portanto, são vistas como parte do envelhecimento não sendo na verdade consideradas “verdadeiras doenças”; e há problemas que não chegam bem a ser doença, são pequenas mazelas ou indisposições, mais ou menos passageiras para as quais, por vezes, pode haver necessidade de recorrer ao médico de família e tomar medicação mas que, na maioria dos casos, acabam por passar e resolver-se por si. Esta mesma representação sobre as doenças foi encontrada num estudo com idosos com mais de 80 anos, já referido atrás (Elias & Lowton, 2014). Entre estas diferentes situações, os hipertensos entrevistados parecem, na sua quase maioria, situar a hipertensão nas “doenças normais”, isto é, não como uma verdadeira doença. Esta ideia é ainda mais sublinhada pelas comparações que os hipertensos tecem relativamente a outras doenças, sobretudo no que se refere ao cancro e à diabetes, estas sim vistas como doenças muito sérias e temidas. A experiência destas doenças em familiares ou conhecidos aumenta o enorme temor. O cancro é a grande referência de uma “doença má”, corroborando as metáforas de morte socialmente difundidas.

*Para mim pessoalmente nada que se pareça, nada que se compare ao cancro. Para mim é, acho que é a pior doença. Todas as outras são secundárias. Agora a tensão alta que é perigoso é, porque pronto. É com isso, ou é com o colesterol que nós podemos cegar? Não, é colesterol, não é? Já tenho ouvido dizer. (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

*Isso (oncologia) é que são problemas! Agora este? Ah ah isto nem é para pensar! Isto nem dá para pensar. Eu acho que não. Então se eu ando bem o dia todo, se não me dói, quer dizer dói-me as costas ou isto ou aquilo, não é? Mas isso é normal. Toma-se um comprimido e fica-se bem. Então eu agora hei de me andar a preocupar. Não! (...) Eu só tinha uma irmã que morreu. E não era hipertensa. Valia mais ter sido porque se calhar ainda cá estava. E com a doença que lhe deu levou-me em meio ano...foi muito difícil! (...) Porque é que a minha irmã morreu com um cancro no pâncreas se nunca fumou, se nunca bebeu? (...) Ai muito bem! Então quando nós olhamos para o lado e vimos tanta gente, só quem passa por aquele Instituto de Oncologia... Não vale a pena pensar nestes pequenos problemas que nós temos, porque problemas estão lá! (...) É assim nós também temos doenças graves no hospital mas SÓ a palavra Instituto de Oncologia é de abrir um buraco muito grande. Eu para mim acho que sim, que é. É abrir um buraco para a pessoa se enfiar. Não sei parece que nós que vamos para o outro hospital e também, também se vai muito doente, mas parece que não é tão forte. Aquilo ali é, é. (Ana Isabel, 67 anos, 1º Ciclo)*

*Fiquei a saber que diabetes para um cardíaco não é nada bom. Que diabetes não é nada bom e conheço pessoas diabéticas que de facto sofrem bastante, até lhe são amputadas as pernas. E depois tenho lá, a minha mulher tem um familiar que é diabético, coitado do rapaz, desde pequeno e já está cego, foi cegando e cegou, está a ver? (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)*

*A da minha irmã (tem cancro) é mais perigosa do que a minha. Porque sem dúvida que eu tenho hipótese de ser controlada no dia-a-dia. Agora a doença dela vai evoluindo sempre. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

### ***Doenças “da idade”***

Embora se conheçam casos de diabetes e cancro em pessoas de diversas idades, sobretudo a diabetes, tal como a hipertensão, são vista por alguns entrevistados como doenças que surgem com a idade. Esta ideia de que é a idade que justifica que se tenha problemas de saúde surge também na população em geral (Silva, 2008), e junto de população idosa, em particular (Elias & Lowton, 2014), e corresponde a uma representação da saúde como natural no ser humano jovem e que se vai perdendo com o avanço da idade. Embora se entenda como próprio da natureza que com o envelhecimento o corpo tenha menos saúde, tal situação não é entendida como doença mas como desgaste do corpo devido ao uso que se lhe deu e ao próprio envelhecimento dos órgãos. Disso são manifestações os problemas “normais” da idade, como as “dores nos ossos”, “as tensões altas”, a “falta de forças” mas que não são doença. Também aqui encontramos a representação do corpo num registo de engenharia mecânica que compara o funcionamento biológico com o da máquina (Helman, 2000).

*Quando se chega à minha idade, com 66 anos começa a vir as doenças todas. Uma pessoa que tenha diabetes se tiver a tensão alta pode bater a casoleta, se a tiver baixa a mesma coisa, penso eu que não sou médico... Mas a hipertensão no meu ponto de vista talvez seja o lubrificante do motor. (António, 66 anos, 1º Ciclo)*

*Há muita gente com problemas desses sim, porque também na minha rua quase não há jovens. São pessoas mais do que a minha idade ainda portanto todas elas têm problemas de coração, de saúde, hipertensão. Umas mais outras menos mas de facto o coração é um órgão que afeta todas as pessoas de uma certa idade, não é? (Ermelinda, 62 anos, 1º Ciclo)*

*É mais pessoas idosas. Muita gente, lá na minha terra têm diabetes, é os diabetes. Eles nem sabem o que é isso. Porque isto é uma doença que ataca as vistas e um gajo não sabe! Eu também não sabia. É uma doença que não se sente mas um gajo pode ficar cego, dá para cortar uma perna, dá para isto dá para aquilo dá para muita coisa. Um gajo aleixa-se e assim e um gajo ao menos estava mais protegido. Porque eu conheço um senhor andava nas obras*

*também tinha diabetes e não ligou, caiu-lhe um bloco não ligou com diabetes aquilo deixou andar, não sara a ferida, gangrena e teve de cortar a perna. Para sarar um ferida custa mais. (Francisco, 46 anos, 1º Ciclo)*

### **3.4.3. A hipertensão é uma doença perigosa (?)**

A perigosidade da hipertensão parece ser reconhecida pelas suas consequências. O receio da diabetes, não da hipertensão, é o impulsionador para as mudanças de hábitos alimentares e prática de exercício físico. Estas doenças são multifatoriais, complexas, e as recomendações médicas de uma vida saudável aplicam-se nos dois casos. Existe uma confusão entre fatores causais e consequências de ambas as doenças. Para vários doentes a distinção parece ser inexistente.

*Teve. Um AVC. Foi o açúcar, foi o açúcar.*

*E- Foi o açúcar?*

*Foi. Era diabética. Era. É também diabética. Em princípio foi uma... foi o açúcar.*

*(Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

*A tensão alta às vezes está alta outras está baixa. Não percebo nada disto mas acho que não há diferença nenhuma. Porque o diabetes nós é que temos de os controlar. Agora até tenho uma máquina para medir. A minha filha é que sabe lidar com isso (...) Os diabetes nós é que temos de controlar mais ninguém! Um gajo não as sente. Não deixar avançar. (Francisco, 46 anos, 1º ciclo)*

Praticamente todos os entrevistados referiram ter alguém na família que “sofreu do coração” ou que teve diabetes (os pais, avós, irmãos), o que retrata a grande incidência destas doenças no nosso país. A afirmação dos riscos associados à hipertensão surge quase sempre pela apresentação de exemplos de situações de familiares ou conhecidos que sofreram acidentes vasculares cerebrais.

*Ah MUITO! Muito! Olhe o pai da minha nora, coitado, o ano passado morreu assim. Acabou de fazer o almoço (PAUSA) e morreu. E também não sei, quer dizer não sei se o senhor era hipertenso. Tensões altas e tinha assim um bocadito de diabetes, era um bocado diabético, acho que não era assim um*



*diabético muito, era daqueles diabéticos... De tomar só o comprimido. (Ana Isabel, 67 anos, 1º Ciclo)*

*Tem mais riscos, tem mais possibilidades de ficar doente, até de apanhar um AVC ou qualquer coisa. Um gajo tem mais coisas do que cá dentro (RISOS), ora um gajo que não tem isso... Eu conheço um senhor da minha terra que andava sempre bem, nunca veio ao médico. Uma vez foi para se pentear não segurava o pente na mão. Continuou a beber vinho, a beber a beber, a encharcar-se e ao médico nada. Ora, deu-lhe uma paralisou-o, agora está paralítico. Não morreu mas ficou com o braço paralisado, não fala, a voz foi-se, o braço já não serve..... mal pode andar, não fala e está paralisado de um braço e de uma perna. Foi uma trombose disse ele. Deu-lhe a primeira, ele não ligou. Se ele se levantou de manhã, não segurava o pente para se pentear nada, mexia o braço mas não tinha força, alguma coisa estava mal! (Francisco, 46 anos, 1º Ciclo)*

Reconhecido o perigo da HTA, a experiência também serve para confirmar que o risco de morte nem sempre se confirma. Por outro lado, a imprevisibilidade do AVC parece, aos olhos dos entrevistados, significar que pode suceder a qualquer um, independentemente de se ser ou não hipertenso. A isto acresce o facto de muitas pessoas que se conheciam e se sabia serem hipertensas e ou diabéticos, acabaram por falecer por outros motivos. Nota-se nos discursos dos entrevistados uma conceção fatalista da doença, sobretudo no que diz respeito aos ataques cardíacos o que se torna paradoxal considerando que, para grande parte dos entrevistados, ainda que em muitos casos de modo parcial, admitem que a saúde/doença é também o resultado dos comportamentos pessoais.

*Tenho um parceiro que lhe deu um AVC que ficou numa cadeira de rodas, ele pode ter pode. Esse é mais velho tem quase 70 anos. Esse acabou! O meu pai também teve muitos AVCs, quando foi o segundo ficou à morte, tinha 77 anos. Na altura a gente pensava que tinha vida eterna, não é? Não nos acontecia a nós. Afinal não acontece só aos outros, também nos acontece a nós! As pessoas que não têm hipertensão podem ter outras doenças mas se não são hipertensos são pessoas saudáveis não têm risco nenhum. E as que têm hipertensão têm sempre risco, Tem sempre o risco do AVC, de dar sempre. Tem sido um problema sempre constante que tenha uma veiculeta... Enquanto a*

*tensão estiver alta! (Paulo, 50 anos, 1º Ciclo)*

Quando questionados diretamente se consideram que ter hipertensão é perigoso, quase a totalidade das pessoas afirma que sim, mas ao longo do discurso subsequente essa perigosidade vai sendo minimizada.

*Já da hipertensão, eu digo olhe também tenho, pronto é aquela coisa... Tenho colegas que já tiveram um AVC, amigos e safaram-se. Foram lá, ouviu um que foi para a urgência, chegou à urgência mandaram-no embora para casa. Chegou a casa tornou-lhe a dar aquilo, tornou a ir para lá! Esse perdeu mesmo.... Chegou lá não lhe encontraram nada mandaram-no para casa! (...) isso é que é estranho! Porque aquilo é uma coisa de minutos de segundos se não lhe atacam, não é? Depois foi para lá, essa coisa toda e lá se safou. Tiram-lhe a bebida ele agora até já bebe, diz que se encontra bem, mas não ficou com mazelas nenhuma, está como eu tal e qual. Porreiro, trabalha. (Simão, 78 anos, 1º ciclo)*

Os riscos de se ter HTA são secundarizados perante os inúmeros perigos, danos e dificuldades da vida e comparando, mais uma vez, com a diabetes e o cancro.

*É perigosa! Muito perigosa! Esta podemos controlá-la, não é? É uma doença que a gente pode controlar! Por exemplo, é melhor do que o cancro e outras coisas assim. (RISOS) O cancro é um bocadinho pior. Esta a gente se tiver um bocadinho de juízo controla. Se não tiver está sujeito a apanhar outra vez outro trambolhão! e não é fácil! Com o cancro quase não há hipótese. A minha filha teve um aos 35 anos..... Agora parece que anda mais ou menos bem. Mas o problema é que aquilo é uma coisa que mais tarde ou mais cedo torna outra vez. Eu faço muitos exames mas também não estou livre de apanhar uma coisa dessas, ninguém, ninguém. (Afonso, 67 anos, 1º Ciclo)*

*Se não se tiver os cuidados adequados será tão perigosa como o cancro, não? Poderá nos levar ao extremo. Será isso que... Sobretudo aquela informação que me deram, quando eu tinha a tensão 23, mandaram-me a correr para o hospital na urgência, é porque alguma coisa se passa, não? (Carlos 45 anos, 3º ciclo)*

Praticamente todos os doentes acham que a HTA é perigosa ou muito perigosa mas os conhecimentos são parcelares e confusos. A ideia de perigo é extremamente vaga e relativizada.

*Que é que é um perigo? É terem maus hábitos e é a situação do país também é um perigo. Maus hábitos alimentares, maus hábitos, sei lá, comportamentos menos sérios, bebidas, coisas do género, drogas. Não é o meu caso, graças a Deus. (Carlos 45 anos, 3º Ciclo)*

Mas para algumas pessoas que já tiveram uma situação grave de AVC a importância atribuída à hipertensão como fator de risco é inequívoca, é o caso do senhor Paulo:

*Muito muito perigosa. Claro! Eu já senti na pele essas coisas. Tenho muito medo de me dar outra vez. Muito medo de me dar outra vez porque eu sei que estive um bocado abanado... Antes de me dar não tinha medo, não me preocupava, nem fazia ideia, nem fazia ideia sequer! Quem não teve quando passar por elas depois vai ver! De um momento para o outro uma pessoa saudável pode ficar sentada numa cadeira de rodas ou agarrado a uma cama sem se mexer. É um perigo! Muito perigoso, muito perigoso. Limita-nos muito da parte da vida durante algum tempo, muitas coisas. Ficamos com muitas sequelas e vivemos com algumas que demoram muito tempo a ser corrigidas. Nós vivemos com muitas... A coisa é MUITO SÉRIA. MUITO SÉRIA. Não tenha dúvidas nenhuma. Uma pessoa hipertensa... e quando estas coisas acontecem nós temos sempre de ter muito cuidado, muito cuidado.... (Paulo, 50 anos, 1º Ciclo)*

O receio de se poder vir a sofrer um AVC associa-se a situações de maior stress.

*Tenho, tenho medo. De me enervar, por exemplo, de andar aí numa situação de stress. Às vezes sou-lhe sincera nem vou medir a tensão que tenho medo. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

*Ah sim! É perigosa porque é silenciosa, é silenciosa e é perigosa porque um pico de tensão arterial... Sabe, nós quando estamos nervosos, quando nos irritamos... Extremamente perigosa, extremamente perigosa. A nossa vida hoje*

*é uma vida difícil. Eu felizmente há muito tempo que já acabei as discussões em casa com a minha mulher e os meus filhos, felizmente, (...) E um AVC é uma coisa perigosíssima porque ficamos diminuídos. Mesmo que a gente tenha uma assistência rápida ficamos completamente diminuídos e assusta-me, a mim assusta-me ver-me dependente numa cama ou numa cadeira de rodas, dependente para fazer tudo, para ir à casa de banho, para comer, isso assusta-me... Não que eu viva angustiado com isso mas assusta-me. (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

Sendo o coração visto como “o motor” do nosso corpo, tudo o que a ele diz respeito se revela muito importante, o centro da vida.

*Sim, sim e para quem quer que seja que tenha hipertensão. Por aquilo que eu tenho lido e me tenho informado, acho que sim que é perigosa. É perigosa, porque é perigosa. Por provocar isto do coração, quer dizer estas alterações. Aliás, a hipertensão é resultado da dificuldade de passagem do sangue nas artérias e portanto por isso é que provocam uma tensão e aí impera a tensão a mais. Portanto, se tem tensão a mais é porque o buraco, o sítio, o calibre está mais diminuído, portanto, se está mais diminuído tudo vem daí. Tudo é perigoso, por causa do coração que é o motor disto tudo. (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)*

Para alguns doentes não é a morte, e ainda menos a morte “de coração” ou numa cirurgia, que se teme mas sim o ficar incapaz. Esta morte, sem dor nem trabalhos para os outros, depois de uma vida vivida e de ter realizado objetivos, sobretudo em relação à família, não parece temida, o que nos remete para a ideia de “boa morte” que se instalou nas sociedades ocidentais, exposta por Philippe Ariès (1989). A “morte por coração” parece assim ser menos destrutiva do que outra morte, em que o corpo é corrompido lentamente como com o cancro, e menos penosa do que a incapacidade parcial ou total do “ficar numa cama”, para além de ser pensada como rápida e sem dor. A incapacidade, o ficar a dar trabalho aos familiares, são os grandes receios dos entrevistados.

*No dia em que fui operada ao coração, eu até entrei na sala já sabia e disse "Oh minha Nossa Senhora de Fátima!" Disse para eles "Olhe se eu morrer*

*digam aí à minha gente que eu fui feliz, tantos anos de casada eu fui feliz, eu tenho uma filha, eu tenho dois netos, conheci o pequenininho que eu queria conhecê-lo e eu disse o resto eu vou adormecer e pronto vou parar lá cima, acabou não há problema nenhum." Pronto fiquei-me assim., encarei as coisas. Não sou assim pessoa de "Aí vou ser anestesiada, eu morro não acordo." Olha morte santa, não é? Quem me dera a mim morrer assim. Mas pronto. O que assusta mesmo é aquela comedisse de ficar ali assim numa cadeira, mais ou menos consciente mais ou menos a vegetar. Ah sim. Aí tenho medo. De um dia ficar assim, mas também não posso fazer nada para que isso não aconteça. Ou melhor se eu tive a oportunidade de uma segunda vida, eu tenho que a estimar e conservar. Portanto eu tenho responsabilidade nisso. Eu tenho responsabilidade nisso! (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

*Tive um irmão que foi fulminante. Foi fulminante, foi assim, ficou-se. Tinha sido operado a um câncer ao estômago há dois anos e não foi disso. Toda a gente pensava... e não morreu disso. Não morreu de câncer morreu assim e pronto. Há pessoas que morrem assim de um momento para o outro sem a gente contar mas também é uma morte santa, aquilo a gente vai... é santinha, a gente não sabe. (...) Olhe o Sr. António (vizinho) como ele ficou coitado, tanto tempo.... E fica a vida inteira, muitos até a vegetar ali... se calhar felizmente era morrer. Quando ficam ali que nem sabem que estão no mundo, então não era mais feliz terem ido quando lhe dá? O meu irmão foi uma felicidade. Porque se ficasse ali assim sem capacidades para nada, e assim... (Clementina, 69 anos, 1º Ciclo)*

### **3.5. A importância das sociabilidades**

Os entrevistados mencionam sempre as suas relações com a família, sobretudo entre o casal, sendo estas muito importantes. Nalguns casos, a má relação entre o casal, as ruturas familiares, as desavenças com os filhos e genros são apontadas como um fator de irritabilidade e preocupação muito prejudicial para a saúde do hipertenso. Inclusive, alguns mal entendidos com vizinhos são vistos como sendo muito perturbadores para a tranquilidade da vida.

A relevância do bom ambiente familiar, da cooperação no seguimento dos regimes alimentares aconselhados, a companhia às refeições (ou a falta dela) é

salientada por outros entrevistados. A prática do exercício físico (caminhar) também é menos penosa quando feita em casal ou com os amigos. A compreensão e apoio do cônjuge é outro ponto registrado, ainda que de forma discreta, quando se referem às questões da sexualidade.

*Estou casada há 47 anos. Vai fazer em Maio, mas sou muito feliz. São 47 anos de casamento, ele já sabe tudo. Já. Tem sido uma pessoa impecável ao meu lado. É muito meu amigo. Acima de tudo é isso, é muito meu amigo. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

*Eu como porque tenho de comer, outras vezes não como. Almoço, faço um sacrifício e almoço. Eu almoço sempre sozinha. Se eu tiver restos aproveito e como. Se não tiver vou petiscando daqui qualquer coisa dali. À noite janto sempre porque já janto com companhia, já janto com o meu filho e com a minha neta, às vezes com a minha nora.*

*O perigo é de estar sozinha. Eu digo assim: “Olha, se me dá alguma coisa estou sozinha.” Ainda hoje quando começou aqui o lábio aqui a tremer, só aqui deste lado, quando começou disse: “Oh.” Tenho aquela senhora (vizinha), mas nem sempre está em casa, nem está sempre por causa de me aturar a mim, não é? Mas quando às vezes eu não estou, ainda tenho as janelas fechadas, ela até anda na rua a pergunta se me viram. Mas sabe, porque vai lá a casa e não estou lá. Estou sozinha. Às vezes até ela ainda tem a janela dela fechada e, e eu abro a minha para saber que estou lá, para ela não ficar atrapalhada. (Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)*

A falta de apoios ou redes familiares de entreaajuda é muito sentida no quotidiano de alguns entrevistados, como é o caso de Albertina.

*Não, infelizmente não tenho ninguém. Não, não, da minha família nunca tive ninguém que me dissesse assim: Traz cá o Francisco (filho com doença psiquiátrica) que eu fico com ele. Pelo contrário, sempre que eu pedi se podiam ficar com ele, sempre disseram que não. Não. Eu costumo dizer que a minha família... Se o pai deles cá estiver, o pai deles é motorista internacional, se cá estiver ele vai levá-lo à escola, ele vai buscá-lo, faz tudo e mais alguma coisa. Mas eu costumo dizer: a minha família sou eu e os meus filhos. É com eles é que eu conto. (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

Para além das condições e práticas que contribuem para melhorar a saúde dos indivíduos, é sabido o quanto importantes são as relações familiares quer em termos de bem-estar (Leandro, Nossa & Rodrigues., 2009) quer como facilitadoras de serviços e cuidados entre os seus membros (Portugal, 2014).

#### **4. O porquê da hipertensão: etiologia leiga**

A doença inscreve-se dentro do que Evans-Pritchard (1978) designou de infortúnio. Nesse sentido, Marc Augé (1984: 39) escreve que a doença é uma *“forme élémentaire de l'événement”*, pois todas as doenças falam do indivíduo (do seu conceito, do seu destino) ao mesmo tempo que falam da sociedade (das causas sociais da doença, das transgressões dos seus valores). Toda a doença ou infortúnio requer uma interpretação que é ela própria uma interpretação das relações sociais e das representações próprias da sociedade (Sindzingre, 1984).

Vários estudos sobre as interpretações sociais das doenças mostram que falar da doença implica remetermo-nos para a cosmovisão do grupo em questão e, subsequentemente, para todo o seu quadro referencial social. Mais que falar em doença física é falar de um mal, enquanto desequilíbrio social inscrito no corpo da pessoa concreta. A desordem do corpo é reveladora de uma desordem social e todo o seu processo.<sup>66</sup> A noção de doença inscreve-se no sentido lato de mal, importando desvendar *“le sens du mal”*, como infortúnio, desordem, desequilíbrio pessoal, social e cosmológico, dentro da noção explorada por Marc Augé e Claudine Herzlich (1984), diferindo, portanto, do seu enquadramento na biomedicina. Não ter saúde é estar em desequilíbrio físico mas também social.

Nesta investigação, tal como sucede com o encontrado noutros estudos onde se procura conhecer a atribuição de causalidade da doença feita pelos doentes (Alves F., 2011; Queirós, 2013), os sistemas explicativos causais encontrados não são

---

<sup>66</sup> Veja-se, por exemplo, o trabalho de Luís Manuel Neves Costa (2012) sobre a representação da doença e cura entre os Felupes da Guiné-Bissau. No sistema nosológico felupe, não existe a noção de doença enquanto entidade isolada, de causalidade patogénica ou biomédica. Para reportar ao universo dos conhecimentos médicos tradicionais em Portugal, consulte-se o trabalho de Berta Nunes (1997).

monolíticos nem exclusivos. Em situações tão distintas como a doença mental e depressão ou a hipertensão, face à questão “como é que os sujeitos explicam a razão do seu sofrimento?”, utilizam-se vários argumentos, combinando-os de forma singular de modo a fazerem sentido para cada trajetória e história particular.

Como vimos nas histórias que os doentes formam sobre a sua doença, a hipertensão e os acidentes cardiovasculares são muitas vezes explicados por acontecimentos dolorosos e por situações da dureza da vida vivida no passado. A doença e o surgimento da doença encontram-se enredados em outras infelicidades da existência, em problemas e acontecimentos pessoais mas também como consequência de situações de um modo de vida e de um mundo sobre o qual os indivíduos não têm controlo e lhes rouba a tranquilidade e a saúde.

No caso da hipertensão, se por um lado encontramos ligações a outros sofrimentos relacionados com as infelicidades da vida (perdas, acidentes, desgostos), muitos são os doentes que remetem a hipertensão como algo que a sociedade, o mundo moderno, provoca. Esta associação da HTA à “agitação” do modo de vida moderno não é nem nova nem apenas feita numa epidemiologia leiga, uma vez que desde os anos 20 do século passado que os higienistas, e posteriormente a epidemiologia, estabeleceram uma relação desta doença com a emotividade subjetiva, o *stress* e o estilo de vida moderno (Postel-Vinay, 1996)

Apesar de termos encontrado alguns discursos em que o desconhecimento das causas é afirmado, ao longo das entrevistas pudemos perceber a necessidade que as pessoas sentem de encontrar uma explicação para o *seu* caso, interrogando as razões que poderão ter dado origem à hipertensão. Encontrámos elementos causais explicativos do surgimento da doença muito variados que vão da hereditariedade à cultura, dos contextos económicos e sociais a características da personalidade individual.

As ideias que os entrevistados expressam sobre a causalidade da hipertensão revelam formas de entendimento da doença muito distintas da leitura médica. Nos discursos dos doentes hipertensos, a hipertensão é vista como uma doença do mundo moderno, como uma consequência de excessos cometidos no passado ou como uma



herança e ou mesmo como um problema de atitude, feitio ou personalidade ou de comportamento, não do corpo.

#### **4.1. A hipertensão é uma fatura do passado**

Encontramos uma forte ligação da doença com o passado. Algumas pessoas referem-se à hipertensão como algo que “apanharam” mas a hipertensão é vista como consequência do passado sob diversos aspetos: uma questão de hereditariedade, algo que se recebeu pelo sangue, uma herança genética; uma consequência de hábitos culturais e costumes, sobretudo hábitos alimentares que fazem parte da gastronomia tradicional portuguesa; e, para muitos dos inquiridos, o resultado das tristezas, desgostos, trabalhos e dificuldades da vida que se teve quando se era novo.

##### **4.1.1. A hereditariedade**

Tal como em estudos com doentes de depressão (Alves F., 2011) e com doentes asmáticos (Queirós, 2014) também os doentes hipertensos referem a hereditariedade como razão da doença. Contudo, esta causa surge sempre em segundo plano sendo referida apenas quando se pergunta se conhecem ou conheceram outras pessoas com o mesmo tipo de problema de saúde. A recordação de casos semelhantes na família é mencionada apenas quando é feita esta reflexão. Alguns doentes referem diretamente membros da sua família com doença cardiovascular conhecida (pais, sogros, avós, irmão). Nestes casos, os padrões de explicação causal seguem uma lógica hereditária pelo que as pessoas se referem a ter «problemas do coração» ou o coração ser um problema de família.

*Então, isso foi tudo! Foi a minha irmã foi assim, foi um AVC que lhe deu, à minha irmã e ficou em coma. O meu pai, que Deus tem, também. A minha mãe que não era disso, mas também era... Assusta-me... Porque já tenho, já tive a minha irmã com esse, com isso muito tempo, muitos anos. O meu pai, que Deus tem, também teve isso. O meu irmão também e eu começo a pensar, porque eu fui, não fui enfermeira mas fui enfermeira deles, tinha que lhes dar*

*os medicamentos, tinha de os levantar, tinha de os lavar, tinha que fazer isso.*  
(Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)

*Sim, eu também sou de uma família de hipertensos, a minha mãe já era, tinha uma angina de peito. E a minha avó materna morreu durante o sono, era cardíaca e morreu durante o sono, tive um primo com 18 anos que morreu de repente. E portanto já era doente de nascença, e tenho outro primito que também que também corre muito risco de se ficar de um momento para o outro, portanto isto já é uma família com um historial cardíaco.* (Ermelinda, 62 anos, 1º Ciclo)

*Meu pai, meus irmãos, todos cardíacos! O meu pai morreu com um terceiro enfarte, com 57 anos, idade precisamente que eu tinha. O médico disse-me que é mesmo uma questão hereditária, porque também já tenho um primo direito do meu pai que também foi fazer a mesma operação. Existe já outro primo, mas esse não é de sangue. Mas os meus tios todos nenhum chegou aos sessenta anos e tudo morreu do coração.* (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)

#### **4.1.2. Os (maus) hábitos alimentares**

As causas da hipertensão no entendimento leigo são também múltiplas, ou seja, trata-se de uma doença para a qual contribuem muitas coisas desde a história familiar, os hábitos, a vida. A referência aos “maus hábitos” alimentares de uma cozinha tradicional portuguesa do mundo rural, onde a carne de porco salgada, o presunto, os enchidos, compunham as refeições, é muitas vezes mencionada. O gosto foi assim construído sendo dito pelas pessoas que isso é muito difícil de mudar porque “o hábito é muito forte”.

*Os meus bisavôs, a minha mãe, foram um bocadinho hipertensos. Stress também. A vida, não é? Penso eu. Sim, é tudo... este é o meu ver. Mas digo-lhe, a maior coisa é que a gente fomos lá vem de muito de trás. Os hábitos que se legou, que eram maus na altura, não é? Porque os antigos não tinham esse controlo e como comiam mal, como se alimentavam mal, alimentavam também mal os filhos e aquilo pegou de uma tal maneira parece que fica cá. A*

*gente estamos sempre com aquela ideia daquelas coisas. Vocês que foram criados mais recentes, já não. Já se come com mais cuidado, é mais, muito mais fácil. Eu dou valor a muita coisa que faz mal, que a gente sabe que faz mal, carnes de porco salgadas, por exemplo. Naquele tempo, no meu tempo fomos criados com carne de porco salgada, não era gelada, nem congelada. Imagina isso! O porco salgado numa salgadeira, a gente comíamos o ano inteiro dele. Mas nós temos.... O meu pai ficou habituado duma tal maneira que ele quando fazia sopa de feijão-verde, ele tinha que pôr a gordura, a banha do porco, que eles curtiam, salgavam antigamente. Eles curtiam aquilo com sal... Uma parte de gordura pura, que eles salgavam, faziam uma bola dela, deixavam-lhe apanhar ranço e depois temperavam a sopa de feijão-verde com aquilo. Se não levasse aquilo a sopa de feijão já não era boa! Mas o hábito é tão forte, é tão grande a partir daí que ele se, o meu pai se comesse, se eu lhe fizesse sopa de feijão-verde e não levasse aquela, ele já não... A sopa de feijão-verde já não lhe tinha sabor nenhum. (...) Mas eu continuo assim, se não levar alguma carne de porco salgada, para mim também já não é a mesma sopa de feijão-verde. É o hábito em que a gente foi criado. (Alfredo, 67 anos, 1º Ciclo)*

*É como diz o Dr. Rui, que pela boca morre o peixe. Atribuo, um bocado olhe, porque eu comia demais. Não me embebedava, mas bebia mais do que aquilo que devia beber. Usava muitos whiskies e as bebidas brancas. E tudo. Penso que tudo isso teve a sua quota-parte para, para se desenvolver a hipertensão, a diabetes, etc., etc. E então a comer eu era assim qualquer coisa. É. Pronto e depois com o auxílio da medicação vamos, vamos tendo, vamos mantendo os valores (...) o próprio sistema nervoso altera por qualquer razão mas, isso no serviço, em casa, porque a minha casa não é perfeita. (João Carlos, 52 anos, 3º Ciclo)*

#### **4.1.3. Uma consequência das situações vividas**

Como vimos nos relatos das histórias da doença, o “mal” é visto como algo que ficou no corpo há muitos anos como marca de um momento difícil que se viveu e que agora, por se estar mais velho, vem à superfície e se manifesta. Esta interpretação é mencionada por três homens que estiveram na Guerra do Ultramar e por uma senhora que retornou com a família no pós 25 de Abril. Há nos relatos dos ex-combatentes uma memória dos cenários de guerra, das bombas, que parece, para eles, ter ficado

guardada nos seus corpos, vindo a manifestar-se em doença agora que envelheceram. A ideia de doença como somatização psicológica surge também noutras situações como divórcios ou mesmo a passagem à reforma.

*Não tinha antecedentes familiares. E então olhe, não sabia, não relacionava com nada. Depois com os cigarros sim, (...) Agora se me disser assim: eu andei na guerra, eu estive em Moçambique, estive na Guiné. Se isso tem alguma relação, stress e tal, isso é capaz. Agora, sei que vim da guerra ansioso, isso sim, muito ansioso, de tal maneira quando foi do coração senti que havia aqui um aperto.... Em guerra verdadeira! Eu acho que isso também deve ter afetado provavelmente. Agora no sentido de psíquico. Sim, mais tarde. Mais tarde sim, se venham a revelar. Se isso teve influência no coração não sei. Quer dizer, o trauma, o stress, isso há de fazer massa, todos fazem, ou quase todos. Há de fazer massa, nuns mais, noutros menos. Há indivíduos coitados. (...) (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)*

*Não sei é talvez stress, sal a mais... Dizem que é o sedentarismo, sei lá falta de andar, nunca trabalhei fora, só em casa. Não sei porquê é que seria. Seria por ter vindo de Angola, aquele stress.... Não sei talvez esse stress, essa vida. Quando nós chegamos cá foi assim uma vida também um bocado, chegamos cá sem nada, tivemos de fazer casa. Chegamos cá sem nada e foi uma vida um bocado, como toda a gente, não é? Tirando isso nunca tive assim... (Clementina, 69 anos, 1º Ciclo)*

*Pois, isso o porquê está no segredo dos deuses. Porque eu no primeiro mês, como já lhe disse em Abril de 2011, já não fui trabalhar, já estava reformado. No primeiro mês, o meu entendimento é este, porque eu já estava a fazer a medicação de hipertensão há alguns anos, mas eu penso para mim que foi um silêncio. Quer queiramos quer não temos uma rotina, não é? Um dia mais stressante outro dia menos stressante, mas é sempre aquela rotina. Portanto foi dar o último enfarte a meio do mês de Junho. Nem chegou a fazer mês e meio. A minha leitura que eu faço é esta. O silêncio, é aquilo que me faltou...saiu-me o tapete, entre aspas. Pois. E a minha leitura que eu faço é essa. A minha leitura. (Anibal, 59 anos, Ensino Secundário)*

Situações relacionadas com o trabalho e com a mudança para a reforma são enunciadas como causa para a HTA e AVC mas são-no também os problemas relacionados com questões familiares. Divórcios, conflitos, problemas monetários, zangas, são apontados como grandes causadores de mau estar e de desgaste. A isto, no caso das mulheres que foram ou são cuidadoras informais, acrescenta-se o peso do trabalho que prestaram aos parentes.

*Para mim, foi muito a doença dos meus pais, foi. A minha vida também fazia um romance. Eu casei-me e no mesmo mês deu uma trombose à minha sogra, a minha lua-de-mel foi passada já com muito trabalho. Cheguei a ter a minha sogra numa cama e uma irmã na outra, a fazerem as necessidades na cama e tudo. (...) Depois da morte da minha mãe foi a depressão. Eu só chorava, não dormia de noite, levantava-me três vezes por noite para ver como eles estavam e ainda hoje isso acontece! E foi nessa altura, eu senti-me muito deprimida, com uma batedeira no peito, cansada e queria-me isolar, só me dava para me isolar. Entretanto mandaram-me para as consultas no hospital, para as doenças psicossomáticas e pronto e umas coisas arrastam-se as outras....*  
(Ermelinda, 62 anos, 1º Ciclo)

*Não, não fumo, não bebo, o meu filho é esquizofrénico e esse problema... Mas tem andado tão calmo, não quer dizer que aqui atrás, aqui há tempos, e que isso tenha provocado anteriormente muitos problemas, muitos muitos. É capaz de ter sido por causa disso que eu tive muitas fases muitos dias que isso tenha afetado, porque tem tido muitas fases que a gente fica nervosa, agora não tem andado muito calmo muito medicado, mas chegou a cá vir a polícia, ele chegou a estar internado e isso afeta-nos muito, a mim e ao pai. Tem 46 anos tem vivido sempre connosco, isso será um dos motivos talvez que nos tenha afetado, porque nunca tive um acompanhamento. Não sei se isso não será um dos motivos que me tenha afetado a mim.* (Clementina, 69 anos, 1º Ciclo)

*Eu entrei em parafuso com ele (o marido). E depois tenho uma netita que é doente, ela tem uma leucemia. Depois é saber que um filho que está assim em situação económica um bocado mais atrapalhado, uma pessoa começa a pensar naquilo e não sei quê. Quer dizer eu penso que é uma mistura de coisas. E depois eu tenho que acumular para mim, não posso dizer para o marido. O*

*marido só a ele é que lhe acontece. Só ele é que é o desgraçadinho. (...) Tive a morte de uma filha (que se suicidou). Portanto e isso mexe um bocado comigo e eu, às vezes, como depois tenho que engolir para não estar a criar confusão, eu penso que é isso que, às vezes, me faz stressar um bocado e então deve ser nessa altura que eu faço os tais picos. (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

O enfrentamento de acontecimentos dolorosos, a relação com cônjuges, filhos e mesmo netos são entendidos por estas mulheres como situações que lhe desgastaram a sua saúde. Os cuidadores informais experimentam, de facto, um conjunto de sintomas como aumento de depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos, diminuição das suas funções e atividades, problemas no relacionamento marital e diminuição da saúde física (André *et al.*, 2003).

#### **4.2. A hipertensão é uma doença do mundo moderno**

Em 1957, o célebre médico René Lacroix, num popular livro de medicina intitulado *Protect your blood pressure. Arterial hypertension – a disease of civilisation*, dizia: “A vida moderna é essencialmente vasoconstritora. Ela induz um estreitamento dos vasos sanguíneos com espasmos, o que é o próprio mecanismo de hipertensão arterial. A vida moderna é essencialmente hipertensiva” (citado por Postel-Vinay, 1996, p. 156).<sup>67</sup>

A relação entre hipertensão e as “pressões” da vida social, os “nervos” e o *stress*, tornando-se muito comuns quer entre clínicos quer nas interpretações pessoais e coletivas da doença, não deixa de ser muito controversa e contestada. A resposta ao *stress* é, em larga medida, mediada pelo sistema nervoso simpático e, portanto, estabelece-se uma relação com a fisiologia cardiovascular. Mas a ideia de que a elevação da pressão arterial se pode ficar a dever simplesmente pelo confronto com os constrangimentos da vida quotidiana, por resposta a situações emocionais ou por algo que se considere violento para o sujeito, remete para uma visão simplicista da

---

<sup>67</sup> “Modern life is essentially vasoconstrictive. It induces a narrowing of the blood vessels with spasms which is the very mechanism of arterial hypertension. Modern life is essentially hypertensive.” (citado por Postel-Vinay, 1996, p.156).

hipertensão como consequência de uma agressão externa, da sociedade, sob um sujeito vulnerável eminentemente saudável (Postel-Vinay, 1996).

A hipertensão é uma doença multifatorial, sendo o stress (um conceito vago e impreciso) apenas um dos possíveis fatores de risco. Como muitas outras doenças, a hipertensão tem manifestações diferentes por relação a um conjunto de variáveis ou parâmetros sociológicos tais como nível de educação, condição perante o trabalho, rendimento e grau de exposição ao *stress*.<sup>68</sup> Esta natureza multifatorial faz com que a abordagem etiológica da doença seja muito difícil de estabelecer, acrescentando ainda os fatores fisiológicos e genéticos.

#### 4.2.1. Os excessos

A associação da hipertensão com a sociedade da abundância é conhecida, bem como a de outras condições, todas associadas entre si: obesidade, diabetes e envelhecimento. Na etiologia leiga, feito um reconhecimento dos males dos excessos alimentares conhecidos nos países ricos, resulta daí também uma explicação possível para a hipertensão.

*Pelos excessos. Se fosse em África, por exemplo, nunca ninguém ia sofrer disso. (RISOS) Mas não é o mundo? Isto não é uma doença do mundo civilizado? Você na Etiópia vê-os a morrer por cólera, por tuberculose, por mil e uma coisas, mas por excesso de gordura não. (RISOS) Esta vida põe-nos mais do que doentes! Passo muitas noites às vezes a pensar nessas brincadeiras. Tenho um comércio e, portanto, agora a vida não é fácil. Tenho um comércio. Sempre trabalhei no comércio. É uma doença do mundo moderno. Só pode. Fumar, não fumo. Não sou de exageros. Também não bebo. Não sei o que é um perigo? É terem maus hábitos e a situação do país também é caricata. Também mexe com a pessoa. Cada vez que me chega o fisco a casa, põe-me nervoso, como diz o outro. (Carlos 45, anos, 3º Ciclo)*

---

<sup>68</sup> Sobre as desigualdades sócio económicas na doença cardiovascular em Portugal consultar, por exemplo, Sónia Ribeiro (2010).

*E hoje então há muito, porque hoje há muita gente com dificuldades económicas, e as dificuldades económicas arrastam muitas vezes outro tipo de dificuldades. Quando a mulher trabalha e o homem não trabalha, isto é mais perigoso, quando uma mulher está em casa e um homem trabalha, há um equilíbrio mais possível, embora haja dificuldades económicas mas quando é a mulher que é o sustento da casa e um homem está em casa, é um problema... Ora se a gente sofrer de tensão arterial com esta... E depois estamos constantemente a ser bombardeados na televisão, na rádio, enfim os nossos políticos que são pessoas sem preparação, sem dignidade e estas coisas todas, a gente fica indignado ao saber que nos vão cortar o salário, que nos vão cortar a pensão, e que vão empregar em automóveis para a Assembleia da Republica em não sei quê... Isto irrita-nos, irrita-nos de uma maneira que se a gente não tiver cuidado isto pode levar a um pico de tensão e a um AVC.*

(Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)

As observações acima relembram velhas ideias apresentadas no estudo de Framingham, atrás referido e que foi realizado nos inícios da segunda metade do século XX, onde foi traçado o *perfil típico* da potencial vítima de doença cardiovascular, alguém de comportamento “apressado”, “irritado” e onde foi mostrado como os homens casados com mulheres com níveis de educação superior a trabalharem fora de casa estariam num nível de risco de doença cardiovascular superior (Postel-Vinay, 1996).

O excesso de trabalho, não ter horários e nem descanso são também apresentados como algo muito mau para a saúde.

*O sistema de vida, o sistema de vida. Portanto eu mudei de uma atividade sedentária que tinha, para uma atividade por objetivos. Não havia horários, não havia nada, não havia refeições a horas. Às vezes tinha que haver abusos, Chegava às cinco ou seis da manhã se fosse preciso. Deixei de praticar desporto... Um copo a mais... Eu Sei que foi isso! Sei que foi isso! Além de tudo, ... de ter engordado também repentinamente, não é? Também fumei muito. É verdade fumei 40 anos. E também uma das razões que me levou, talvez, à hipertensão, não é? Isso também foi uma das causas com certeza. E houve ali de facto...com o excesso de trabalho o portanto o stress do próprio trabalho,*



*uma má qualidade também quer de alimentação e de outras coisas assim atingiu algum excesso que rebentou nessa altura, não é? (Henrique, 60 anos, Ensino Secundário)*

*Eu atribuo pronto, ao que é que posso atribuir? Eu lá só trabalhava em túneis e era quase sempre de noite. E então era essa causa de trabalhar sempre de noite. Com a minha responsabilidade, eu andava sempre sobre pressão, (...) não devia ficar chefe de equipa, muita responsabilidade, tinha de assinar papéis, aquilo era uma responsabilidade. (Simão, 78 anos, 1º Ciclo)*

A hipertensão é vista também como uma consequência dos excessos que se cometerem durante vida ativa e “abusos” da juventude e de todos os problemas e complicações da vida moderna, por um lado apressada por outro sedentária mas vista, de muitas formas, como má para a saúde.

*É nós comermos à base de gorduras, trabalhar em excesso, também aquele stress de andar a trabalhar em excesso, depois chegar a casa cansado e comer um bocadinho à pressa e de qualquer maneira, tudo isso ajuda. Eu acho que tudo contribui, chatices também, tudo ajuda um bocadinho, depois tudo junto tem de descarregar para algum lado. O stress também... Eu também quando era mais novo, tinha a mania que tinha de fazer tudo e mais alguma coisa, depois tive de parar porque eu trabalhava de mais! Depois isso tudo acabou. Acabou tudo, fechei a oficina e tudo. Nunca mais, eu abusava um bocadinho também. (Afonso 67 anos, 1º Ciclo)*

*Na altura trabalhava no comércio, restauração. A restauração não é assim muito... A alimentação por vezes na restauração não é... A gente não tem cuidado, não é? Naquela altura pensa que nunca vai ter nada. Olhe, também vai daí. Começa muito por aí. É a gente também pensar que está sempre... Trabalha e tem a disposição para trabalhar e está tudo a correr bem e não estamos a ver o resto que está a acontecer. E depois não há horários, o stress, o stress. (Alfredo 67 anos, 1º Ciclo)*

*Nunca me meti em grandes comezainas não sou assim um comilão nem tinha grandes abusos, tinha era uma vida muito sedentária. Os excessos, um pouco esses excessos. Eu gostava muito mais de carne, de enchidos, presunto, essas*

*coisas. Os meus pais eram agricultores.*

*(...) Eu andava sempre de carro, vir trazer para trás e para a frente. A minha vida era um bocado agitada, porque eu era professor em Aveiro, dava aulas em Viseu, tinha um horário muito preenchido, com muita pressão. Mas como digo, os meus pais eram agricultores, portanto, carne de porco, bacalhau, sardinha salgada. A minha alimentação foi uma alimentação, era muita carne de porco, muito presunto, tipicamente portuguesa das aldeias, não é? Havia sempre algum excesso, e depois havia muitas festas, e portanto, havia algum excesso. Havia também um excesso de trabalho e de preocupação porque para além de estar a trabalhar em Aveiro, em Viseu e trazer os filhos, ainda estava a frequentar o mestrado na universidade de Coimbra! Era uma sobrecarga grande. Eu não tinha fins de semana! Eu deixei de praticar atividade física, deixei de praticar futebol, deixei de andar, não tinha tempo. Eu deixei de ter exercício físico, deixei. E foi isso que me levou a tensão arterial a subir. Portanto, falta de exercício físico, falta de cuidado na alimentação, excesso de trabalho! Foi isso que me levou a ter a tensão arterial alta. (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

#### **4.2.2. Os “nervos” e o stress**

Se a associação da hipertensão à vida moderna e ao *stress* é frequente, há mesmo situações em que os entrevistados estabelecem uma relação direta entre um momento de maior tensão e a ocorrência de um acidente vascular. Esta situação de hipertensão como resposta a uma reação ao *stress* fora dos parâmetros normais é algo que pode suceder, embora o *stress* já não seja apontado como causa linear da hipertensão crónica (Postel-Vinay, 1996). O senhor Daniel, professor no Ensino Superior, conta um episódio que para ele ilustra esta ligação entre um grande momento de tensão e a subida dos valores tensionais e que ocorreu numa sala de aula de um curso de doutoramento em Lisboa que decidiu frequentar.

*Foi claramente essa situação de stress. Éramos da aldeia! (RISOS) Éramos da aldeia! (refere-se a Coimbra). Foi uma situação de stress, como digo. Não tinha fatores de risco. Não fumava, nunca abusei em álcool, antes pelo contrário,*

*portanto, não tinha fatores de risco. Foi considerado mesmo que foi um espasmo ao nível de uma coronária por stress. Portanto, isso não tenho dúvidas nenhuma que foi stress. Essa aula, (...) foi o professor com medo de não ser capaz de manter a sua condição com a máxima das dignidades. (RISOS). Foi claramente uma situação de stress, de aflição. É uma desonra total. (RISOS) Eu não sou capaz de enfrentar os meus alunos outra vez. (...) Olhamos para trás e rimo-nos. Mas na altura, na altura... No fundo foi o sentido da responsabilidade, não é? Angustiante, pois. De maneira que não tenho dúvidas absolutamente nenhuma que foi stress. (Daniel, 66 anos, Ensino Superior)*

O stress pode vir de qualquer lado. Os entrevistados apontam o dedo às condições económicas do país, à grave crise financeira que se vive, aos problemas no trabalho, às inúmeras preocupações da vida atual.

*A tensão arterial até basta um simples stress. Por exemplo, até a nível familiar. A própria contingência do Estado... (RISOS) obriga a gente a ter stress! É que isto já se arrasta a 20 e tal anos. É muito ladrão e o saco chegou ao fundo, o dinheiro desapareceu todo do saco.... Ajudaram a afundar isto tudo após o 25 de Abril (...) ora bem o que é que acontece, a própria contingência MUNDIAL obriga a que as pessoas tenham stress e obrigam a que as pessoas tenham alterações no corpo. Porque a pessoa chega, quer dar um pão ao filho não tem. Não é só em Portugal, isto é mundial, isto é mundial! Vou de manhã à farmácia meço a tensão arterial está porreirinha da silva! Chego a casa vem um telefonema "ó pai estou na Inglaterra não tenho o que comer, não tenho que comer"! Aí está! Tumba tensão alta! As contingências da vida e mundiais obrigam a que as pessoas tenham... (António, 66 anos, 1º ciclo)*

Enquanto ao referirem o stress, os entrevistados apontam para situações contextuais como a crise, as pressões exteriores e os problemas do excesso de preocupações, ao atribuírem a hipertensão aos “nervos”, estes podem-se “apanhar” nas situações do dia-a-dia ou fazer parte das características da própria personalidade, da “forma de ser” da pessoa, do “feitio”. Há uma representação da variação dos valores tensionais da pressão arterial, o sobe e desce da tensão, consoante os problemas e os estados emocionais. Também aqui se retoma a ideia da importância do

equilíbrio, de ser e ter uma vida equilibrada. Há como que uma correspondência entre vida acelerada, os “nervos” e a aceleração do coração.

*Eu penso que seja pelo meu feitio, pela minha maneira de ser. E às vezes é essas conversas, essas alterações que uma pessoa tem com outra pessoa ou assim, que lá vêm depois os tais picos. Mas não sei. São coisas da vida, que nós às vezes stressamos. (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

*Eu também considero que a minha tensão alta e abaixa está relacionado com a minha vida profissional, ou estava, que eu agora já não estou bem ligado à vida profissional. É os nervos que nós apanhamos no dia-a-dia. O serviço corre mal corre bem, clientes que não pagam, clientes que inquietam a gente. Telefonemas, eu às vezes nem os posso ouvir, os telefones, nem os posso ouvir. E a tensão penso eu que altera sobre isso. (Miguel, 61 anos, 1º Ciclo)*

*Eu chego a casa meço e tal e pode estar normal. Mas num dia que eu me irrite ou ande preocupado aquilo dispara. É evidente, é lógico. Mesmo com a medicação. Ou se me irrito no serviço ou se me incomodam ou alguma coisa, portanto. Enfim, aí as coisas são (...) É normal a tensão aumentar e para mim hipertenso é com mais facilidade, não é? Tenho que ter essa consciência e esses cuidados. A hipertensão é uma coisa que não se sente. Não se sente quer dizer sentimos que às vezes estamos acelerados, mas isso às vezes pode não ser a hipertensão, não é? Não dói! Como eu costumo dizer, a hipertensão não dói. Mas pode de um momento para o outro agravar-nos a situação de risco no coração. (Henrique, 60 anos, Ensino Secundário)*

*Para mim a tensão alta começa por nervos. Um gajo enerva-se, chateia-se por qualquer coisa e não consigo dormir! Não é mais nada! Eu às vezes dizia que era do trabalho (obras). Ando fixado no muito branco, no estuque, naquele branco, e eu dizia que era do trabalho! Quando às vezes tenho a tensão nunca está na mesma. Está baixa, está alta, está sempre descontrolada e eu tomo a culpa ao acidente que eu tive, e foi a partir daí que eu comecei a andar aqui de três em três meses. (Francisco, 46 anos, 1º Ciclo)*

*É do sistema nervoso! Às vezes não é só da comida, é do sistema nervoso. Não sei se será. Há coisas que... Não sei se é, sou assim um bocado para o lado do*

*nervo, de nervosa. Quando são as coisas que vejo que não é, que não são, que não se devem fazer assim, que não se deve tratar as pessoas assim, eu fico nervosa. E eu tinha um genro que era muito, que era muito autoritário. A minha filha teve de o deixar. Isso deixava-me nervosa. Faltou o dinheiro no banco. Logo aí juntou-se a doença da minha irmã. E uma mãe quando vê a tratar uma filha, uma filha mal, isso ficamos... (E2 Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)*

#### **4.2.3. A hipertensão é inexplicável**

Para alguns entrevistados, a hipertensão surge como algo inexplicável, sem razão ou motivo que o justifique. O facto de não se manifestar de forma aguda ou com dor torna ainda menos compreensível a sua apreensão como doença. Muitos hipertensos, senão todos, referem exaustivamente não ter nenhum tipo de comportamento, “mau comportamento”, que possa justificar, no seu entender, o facto de serem hipertensos, ou pelo menos presentemente afirmam não os ter. Todos dizem não comer demais, não beberem ou se o fazem é com “moderação”, que não fumam nem mesmo “saem à noite” ou vão para discotecas. Não encontrando, então, nada que possa justificar terem hipertensão, a visão fatalista “porque tinha de acontecer” parece ser a que melhor se adequa para explicar o porquê da doença.

*Pois, não faço ideia! A minha mãe não era, o meu pai, que Deus tem, também não. Pronto eu comecei a sentir aquela sensação e queixei-me à médica. Por isso não sei porque é que isto aconteceu. Porque o que eu faço agora fiz sempre! Eu não sei como é que apanhei, nem como é que aconteceu! Como acontecem as outras coisas. Porque está a ver. Eu até sou uma pessoa que nem tenho vícios e apanhei hipertensão, por isso... Às vezes é, se calhar até era melhor comer tudo... E fazer uma vida assim mais para a frente. (RISOS) Não sou da noite, não ando na noite. Porque também podia ser assim uma pessoa que gostasse de andar sei lá ir para discotecas, para essas coisas. Não, não faço nada disso. Eu saía às quatro horas, ia para casa e fazer a minha vida. Não sei porque é que isto aconteceu. Aconteceu porque tinha que acontecer. (Ana Isabel, 67 anos, 1º Ciclo)*

*A minha mulher também é hipertensa! Está a ver viéramos de frança os dois, lá*

*não eramos hipertensos, chegamos aqui hipertensos! O que é isto? (Simão, 78 anos, 1º Ciclo)*

À pergunta “porquê é que se tem hipertensão?”, o mesmo doente pode responder pensando a hipertensão, ou como algo hereditário, ou como uma coisa do mundo moderno e também do destino.

*Quer que lhe diga a verdade? Também fiz essa pergunta a quem me tem atendido. Até agora não me sabem dizer. E essa pergunta também me faço a mim mesmo. Só pode ser hereditária, ou qualquer coisa parecida, ou então mesmo esta doença do mundo moderno. Do mundo moderno. Só pode. Fumar, não fumo. Não sou de exageros. Também não bebo. Não sei que é que ... Não, a não ser... sou um bocado, a não ser que seja pela comida, pelo excesso de comida. É a única coisa, mas também não acho, mas também exagero muito. Mas também não sou de exagerar muito nessa área. Não é o meu caso. Até mesmo na alimentação, acho que até tenho uma alimentação bastante variada e o mais natural possível. Não, não sou assim destas, destas, pronto, desta alimentação moderna. Não, não vejo nada que me pudesse pôr nessa situação, a menos que fosse a síndrome da bata branca. Não, não vejo nada que possa associar a isso realmente. Como lhe disse, não fumo, não bebo, não saio à noite. Não sei o que lhe possa dizer. É o destino de cada um. Sei lá. Não sei. No meu caso, não sei que é que lhe possa realmente dizer, nunca fui assim de excessos. (Carlos, 45 anos, 3º Ciclo)*

A explicação por referência às causas clinicamente enunciadas para a HTA e reconhecidas pelo público (consumo excessivo de sal, de bebidas alcoólicas, tabagismo) também não torna justificável a presença da doença, uma vez não tendo tido lugar essas causas.

*Eu nunca gostei do salgado. Na sopa não ponho nem uma pinga de sal, quase só um bocadinho e tal, tem de ter algum sabor mas mais nada. Nunca gostei do salgado nem de nada salgado, até me sinto mal com o salgado, mesmo o bacalhau para mim... Eu não fumava, não bebi exageradamente, não bebo bebidas brancas, nem aguardente nem o uísque, não bebo não quer dizer que num banquete não seja capaz de provar um bocadinho, um golito só, mas agora já há muito tempo que não o faço. (Manuel José, 71 anos, Ensino*

Superior)

*Não aprecio nada vinho, não gosto de comidas salgadas, comigo não foi assim. Gosto muito de um bocadinho de espumante mas é uma exceção, nos anos. Não preciso de me intoxicar. É mais fácil eu enervar-me e subir-me a tensão por me enervar, por ter um problema, uma contrariedade qualquer do que essas coisas porque eu não abuso com essas coisas. (Ermelinda, 62 anos, 1º Ciclo)*

A associação ao excesso, aos “vícios”, a comportamentos “errados”, de um modo geral, faz com que aqueles que não se reveem nesses comportamentos não percebam a razão de ter hipertensão, uma vez que são “bem comportados”. As causas naturais podem ser uma explicação.

*Não sabemos. Não é pela alimentação. Beber não bebo, não sou alcoólico, graças a Deus. Só o cigarrito é que.... Também não fumo muito. Não senhor, eu boto tudo para o frio que apanhei. Estava muito frio, estava na serra do Caramulo, e boto para o frio que apanhei, não boto para mais nada. (Horácio, 76 anos, 1º Ciclo)*

Nos discursos dos entrevistados, a hipertensão surge sempre ligada aos problemas da vida, um objeto “imaginário”, resultante dos excessos, que sobe e que desce consoante as tensões e contrariedades do quotidiano. As causas são atribuídas, por um lado, ao mundo exterior, à sociedade, por outro, aos “feítios”. Estas representações surgem de forma paradoxal face à ligação com os comportamentos, nomeadamente o exercício físico e a alimentação.





## CAPÍTULO IV

### VIVER COM HIPERTENSÃO: CONTRIBUTOS PARA ANÁLISE

#### 1. Risco corporal, controlo sobre o *ser* e o *fazer*

Ao contrário do que é vivido por outros doentes para os quais a doença é experienciada com grande sofrimento e sentida como incapacitante, que não permitindo o normal prosseguimento das tarefas quotidianas e os faz parecer, aos olhos dos outros, pessoas preguiçosas, fracas e vulneráveis, ou seja, que os estigmatiza (Goffman, 1998) e leva a que haja uma grande preocupação causada pela manifestação e prevalência dos sintomas da doença<sup>69</sup>; no caso dos doentes hipertensos não parece ser a revelação da doença aos outros que os inquieta. Também não os inquieta a presença do incómodo físico, sofrimento ou dor mas sim a ameaça da doença face ao futuro, a responsabilização de si de que se sentem imputados, em particular se houver ocorrido um acidente vascular.

A pressão sentida para adesão à norma da medicalização da vida (Illich, 1975), aceite em termos discursivos mas refeita ou refutada pelas práticas, e a ideologia da responsabilização individual colonizam quer o passado (remetendo às causas), o presente (apontando para mudanças de comportamentos) e o futuro (pela necessidade de prevenção do risco). O estabelecimento científico da relação causal entre comportamentos alimentares, prática de exercício físico, tabagismo e hipertensão, transforma as pessoas com hipertensão não apenas em doentes mas em pessoas a quem cumpre mudar certas práticas. Os seus comportamentos presentes

---

<sup>69</sup> Por exemplo, o caso dos doentes com fibromialgia (Sampaio, 2010), com asma (Queirós, 2013) ou com depressão (Alves F., 2011; Neto & Alves, 2012).

deverão ser, além de uma expiação dos “pecados cometidos” no passado, a prova de que são indivíduos responsáveis pelo seu futuro.

Na dialética que liga a normatividade médica e as práticas leigas, a reflexividade do conhecimento transporta a marca da divulgação mediática sobre os riscos e perigos em matéria de saúde (Silva, 2008). O conhecimento sobre eles, no entanto, como se pode ver nos discursos das entrevistas, ao mesmo tempo que alerta para a necessidade de regras de vida saudáveis ou “mais saudáveis”, também provoca um distanciamento íntimo da própria ideia de risco, motivado pela necessidade prática da segurança existencial. Os entrevistados dizem “evitar pensar nisso”, “seja o que Deus quiser” ou “ir levando”. Esta aparente escolha de “não pensar” está, na maioria dos casos, fortemente impregnada do conhecimento moderno da medicina e daí a culpabilidade que se manifesta pela adoção dessa atitude, da qual o próprio indivíduo também se deseja alhear.<sup>70</sup>

A importância atribuída à requisição regular de exames médicos denota a procura deste espaço securizador que é a medicina. Na modernidade, a tese da liberdade e autonomização de si vai a par com os processos de autovigilância de si e de uma vigilância exercida por terceiros, sobretudo instituições, e neste caso do regime médico. O apelo à vigilância e cuidado de si e a generalização dos discursos sobre o risco são parte integrante da nossa sociedade (Beck, 1992). Mesmo em situação de não doença, tal como foi estudado por Luísa Ferreira da Silva (2008, p. 147), “o conhecimento dos riscos tem sobre o indivíduo um efeito de angústia que se torna evidente na atitude contrária à de evitamento da medicina, a de recurso a ela como forma de combate contra o sentimento de responsabilidade pelo adoecer”.

Os atos de vigilância sobre o corpo produzem continuamente uma fonte de angústia e de ideia de risco sobre o sujeito. Sobretudo no caso da hipertensão, com a

---

<sup>70</sup> Das entrevistas realizadas não podemos concluir, contudo, que os conhecimentos médicos, mesmo os mais popularizados, sejam apreendidos por todos os entrevistados. Se existe informação correta que é conhecida de todos, nomeadamente no que respeita aos aspetos negativos de consumo de gorduras e álcool para a saúde em geral; são muitos os assuntos relativos às doenças em geral e à hipertensão, em particular, sobre os quais alguns dos entrevistados revelam total desconhecimento e conhecimentos errados. As questões à volta da doença em si, das suas causas e implicações são uma das matérias em que o desconhecimento é maior.

disponibilidade ao público dos aparelhos de medição de tensão arterial que se podem adquirir, o “olhar médico” sob o corpo estende-se para lá da clínica e, numa postura de constante autovigilância, e qual “*homo medicus*”, os hipertensos devem “ir medindo” os seus valores tensionais, sendo também exortados para o fazer profissionais e familiares. Estas medições e monitorizações do corpo não parecem ser muito esclarecedoras e os valores díspares que vão sendo registados pelos tensiômetros são reveladores da imprevisibilidade da tensão arterial.

*A tensão está alta, está baixa, mas eu estou a tomar um medicamento mas a tensão mantém-se alta na mesma, quer dizer está irregular, está a 15 está a 14 está 13. Simplesmente media-se a tensão e a tensão estava alta pronto. Medida em casa. A mulher tem um daqueles aparelhos pequenitos de pôr no braço e por curiosidade a gente mede a tensão. E ela (médica) mandava medir várias vezes durante a semana, dia sim, dia não e fora daquela hora, hoje por exemplo media-se às oito da manhã, amanhã às duas da tarde. (Miguel, 61 anos, 1º ciclo)*

*Sim, sim, que fosse medindo para controlar. Agora aqui talvez há meio ano para trás andou um tempo que andou extraviada de todo. Tanto estava lá em cima como estava lá em baixo... Não sei, não sei, andou mesmo assim tolinha de todo. Uns dias estava baixa e eu andava quase a cair outros dias estava alta, como umas dores de cabeça que eu não aguentava... (Clementina, 69 anos, 1º ciclo)*

A hipertensão é algo que sobe e desce dependendo da alimentação, do que a pessoa sente, do “estar na vida”, conforme os dias.

*Às vezes a pessoa sente-se mal: “dá-me impressão que tenho a tensão alta” ou “dá-me a impressão que tenho a tensão baixa, vou ver!” Vou medir a tensão e está alta. Tenho o aparelho em casa. Ou baixa... Ela (a esposa) diz-me assim: “anda cá que eu quero medir-te a tensão!”. Sinto-me bem e digo-lhe “não é preciso! Estou bem”. Mas às vezes sinto-me um bocadinho coiso e ela vai a medir e, às vezes, também está alta. Portanto isto sobe e desce consoante, talvez a alimentação, talvez o estar na vida, depende dos dias. (Fernando, 64 anos, 1º ciclo)*

Para os hipertensos os valores medidos têm uma leitura em termos de risco, mas este é um risco que reside no seu próprio corpo, não numa ação, consumo ou ameaça exterior. Estas pessoas, com “risco corporal”, vivem uma contradição aparente entre o “sentir-se bem” e “ir controlando”, não se sentirem, nem se dizerem, doentes e ser medicamente controladas. A hipertensão só foi tida como doença depois de ser enunciada pelo médico.

*Comprou-se o aparelho porque olhe, aqueles aparelhos que se compram nos chineses, aqueles pequenitos, pronto, e a gente media. Mas eu nunca me senti mal! Agora a médica da família é que disse que eu tinha a tensão alta e mandou-me medir várias vezes. Mandou medir e medicou-me! Estou a tomar um medicamento mas não me pergunte qual é o nome que eu não sei. Tomo todos os dias à noite antes de deitar. Tenho alturas em que está 13 e pouco, outros que está a 16 mesmo com o medicamento. (...) A médica de família é que achou que eu tinha a tensão alta e pensou que eu não devia ter a tensão assim tão alta e então receitou-me um comprimido para tomar à noite, só por isso. Mas não noto nada. (Miguel, 61 anos, 1º ciclo)*

*Não se sente, não se sente. Tirando, para mim tirando a dor de cabeça não se sente de outra maneira. Agora talvez a sinta de outra forma porque sei que a tenho. Até não a saber, até não saber que a tinha para mim não ligava a alguns sintomas, a alguns sintomas que aparecem de vez em quando. (Filipe, 41 anos, 3º ciclo)*

Esta situação remete-nos para os conceitos de doença autodefinida e doença definida, explicitados por Graham Scambler (1993), sendo a maior diferença que, no último caso, os indivíduos tendem a resistir à definição que os outros lhe impõem e será necessário submete-los a tratamentos sobre grande pressão. Esta é claramente a situação de grande número de hipertensos entrevistados, nomeadamente considerando aqui as prescrições relativas à terapêutica de vida (dieta e exercício físico). Para muitos deles a doença foi-lhes atribuída pelo médico. Este facto aumenta a situação paradoxal e ambígua em que estas pessoas se encontram: não se reconhecem com nenhum tipo de doença.

As imagens da hipertensão ligam-se também à ideia das doenças que se

“apanham” e do modo como funciona o coração, usando uma linguagem rica em metáforas mecânicas, com a correspondente representação da medicina como “engenharia de substituição de peças”.

*A hipertensão também é uma coisa que se instala na pessoa e...e não se tira mais! Não consegue tirar mais. Não há... Havendo só um milagre ou como na diabetes dizem que agora já vai haver transplantes de baço e essas coisas todas. Dizem! E na hipertensão talvez seja preciso trocar o coração. Sei lá! Bombear de outra maneira ou uma máquina para o controlar. Um computador para o controlar. Se é que não avança mais do que isto. Não, não trabalha mais um bocadinho, agora mais depressa. Tem que ser certinho! Uma máquina para isso. Ligado a uma máquina. (Fernando, 64 anos, 1º ciclo)*

Perante a falta de evidência pessoal, ao nível do próprio corpo, de sinais de doença, desconforto ou perigo e face à ideia de que a doença é algo que nos pode suceder, que se “apanha”, os quotidianos são vividos de forma habitual, ou seja, não requerendo medidas preventivas pois tais parecem não se justificar. Contudo a angústia, nalguns casos, permanece ou esporadicamente é ressentida.

Ser considerado um “doente de risco”, um “candidato”, estar numa consulta de controlo de risco cardiovascular, confronta as pessoas com uma profunda ambiguidade. Por um lado, tratando-se apenas de *probabilidades*, que aliás em termos de comunicação social e discurso médico geral, não se confinam apenas a si como indivíduo mas são gerais (todos estamos em risco, todos não devemos consumir gorduras e sal, devemos fazer exercício, não ficar obesos, etc.). Por outro lado, as DCV, os “ataques” de coração, enfartes, AVCs, como a experiência pessoal confirma e as próprias campanhas de sensibilização mostram, podem acontecer a qualquer um, a qualquer momento e sem aviso. Perante isto, confrontados com advertências a si dirigidas no sentido de reduzirem o seu risco, os hipertensos reconstroem a ameaça negando a particular relevância desta na sua situação pessoal. Que fazer perante uma situação tão imprevisível, como parece ser vir a sofrer um AVC?

A representação na epidemiologia leiga das DCV como imprevisíveis, súbitas ou inesperadas, que podem “acontecer” a qualquer adulto, parece torná-las algo que está para lá do controlo pessoal (Davison, Smith & Frankel, 1991). As próprias campanhas

de sensibilização levadas a cabo pelo Ministério da Saúde e órgãos da especialidade podem conduzir, de modo não intencional, a essa leitura quando usam expressões como “*seja mais rápido que um AVC*”; apresentam como fatores de risco situações que vão desde hipertensão e doenças cardíacas a obesidade, sedentarismo, *stress* e depressão, entre outros; e referem que a par dos *fatores de risco modificáveis* (ligados aos estilos de vida que podemos intervir e corrigir), há outros “não modificáveis” tais como a idade, a hereditariedade e o sexo<sup>71</sup>.

Contrariamente aos riscos ambientais e aos riscos relacionados com os estilos de vida, os riscos corporais, como a hipertensão crónica, são simultaneamente uma doença que já se encontra presente e um fator e/ou sinal de doenças futuras. O risco corporal significa simultaneamente uma “desordem” no presente e a ameaçadora probabilidade de desordens futuras (Kavanagh & Broom, 1998). A vigilância dos riscos corporais tem de ser médica uma vez que estes se encontram no interior dos corpos individuais e são geralmente invisíveis e assintomáticos.<sup>72</sup> Os testes genéticos irão resultar em muito mais deteções de riscos corporais, as pessoas serão identificadas “em risco” em maior número e para uma cada vez maior diversidade de situações (Rabinow como referido em *Ibidem*, p. 441).

Os riscos relacionados com os estilos de vida colocam em questão o que a pessoa faz ou não faz, os comportamentos. A vigilância assume-se em autovigilância e vigilância médica, as pessoas monitorizam o que fazem e os profissionais de saúde recomendam as mudanças apropriadas. Os riscos corporais são diferentes porque precisam ser tratados do interior, a pessoa é e tem um corpo. Por essa razão definem quem a pessoa é e não apenas o que faz (ser hipertenso, ser obeso, ser fumador...). No caso da hipertensão, esta dupla abordagem sobre o que representa a doença enquanto risco parece ser vivida pelos doentes quando nalguns casos remetem para uma abordagem da HTA pelos estilos de vida e noutros momentos como uma situação cujas causas, evolução e controlo residem na própria natureza interna do corpo (a hereditariedade, o envelhecimento, e mesmo o “feitio”), sendo que nesta última

---

<sup>71</sup> Cf. Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2013)

<sup>72</sup> Este é também, por exemplo, o caso dos exames de citologia cervical na prevenção do cancro do colo do útero e lesões pré-cancerígenas.

análise as ações a empreender no sentido preventivo ficam minorizadas relativamente à sua capacidade de influenciar o curso da doença.

## **2. Comportamentos e racionalidades: “tipos” de doentes**

As narrativas pessoais destacam diferentes experiências de viver com hipertensão, sugerindo a existência de um conjunto heterogéneo de perfis que podem ser parcialmente e de forma limitada relacionados com a idade, os níveis de escolarização e a condição perante a doença. A heterogeneidade é particularmente visível quando se problematiza o modo como as pessoas gerem a sua condição como hipertensos.

A abordagem médica e as características da hipertensão obrigam a que seja o doente o grande gestor e responsável pela sua doença. Isto é, cabe a cada hipertenso a responsabilidade e a capacidade de, através da adoção de práticas de vida adequadas e toma correta da medicação, conseguir manter a doença dentro de parâmetros considerados normais. Esta posição em que se colocam as pessoas hipertensas constitui também um quadro novo no que diz respeito ao lugar e papel do doente relativamente ao modelo mais tradicional de relação quer com a medicina quer no modo de pensar a doença.

De um modo geral, é sabido que a maioria dos indivíduos não se preocupa com a sua saúde até a perder (Knowles, 1977). Porém, quando há um dano ou uma ameaça de dano grave para a saúde, supõe-se que aqueles que se encontram em tal condição adotem os procedimentos certos com vista ou a recuperar a saúde, evitar o dano, ou controlá-lo de modo a garantir o mínimo de mal-estar possível. Esta abordagem dos comportamentos face à presença da doença não é contudo linear, podendo revestir-se de vários vieses dependendo de um conjunto variado de condições, desde a gravidade dos sintomas, do modo como se sente a ameaça da doença, das prioridades que estão em jogo, etc.

Ao longo do nosso estudo, e após a leitura minuciosa dos discursos dos doentes entrevistados, foram-se revelando diferentes formas de interpretar, de agir, diversos

modelos de abordagem da hipertensão e do viver com hipertensão. Para fins de maior facilidade interpretativa e de análise, trabalhamos estes diferentes perfis constituindo figuras de “doentes-tipo”. Sublinhamos que estes distintos perfis ou tipologias são porosos, fluídos, remetendo para práticas constantemente negociadas. Os comportamentos das pessoas constituem um processo e, por isso, toda a captação em categorias desse fluir incorre em perda da heterogeneidade das práticas. Tendo em mente estas considerações, as tipologias ajudam-nos a explicitar a existência das diferentes formas que as pessoas entrevistadas dispõem para ajuizar sobre a hipertensão.

A categoria “doente hipertenso” provém de um discurso normativo, é convencionalizada e definida *a priori*. As pessoas com hipertensão detêm uma pluralidade de *modos de viver e ser hipertenso* que se revelam em aspetos tão importantes como: os diferentes usos os que os hipertensos fazem da consulta de HTA e percepção do papel do médico; a relação com a medicação; os diferentes modelos explicativos da doença; as práticas relativas à terapêutica de vida indicada pelo médico, ou diferenças na forma de pensar a doença e gerir a sua cronicidade.

Max Weber preconizava que qualquer disciplina tem de proceder a comparações, tem de construir os seus conceitos e construí-los por seleção e abstração. Os mais decisivos são os “tipos ideais”, que envolvem o destaque arbitrário de certas características dos fenómenos, ou a conceção de um padrão imaginário de conduta ou de um modelo de configuração social com os quais, subsequentemente, se confrontaram as condutas e as configurações concretas apreendidas. Tal confronto faz-se unicamente no plano lógico - padrões e modelos não se assumem como normas. O tipo é “ideal” no sentido lógico - porque abstrato, formal, utópico - mas não no sentido ético (Silva, 1988, p. 59).<sup>73</sup> Nas palavras de Max Weber (citado por *Ibidem*, p. 62):

Obtém-se um tipo ideal pela acentuação unilateral de um ou mais pontos de vista pela síntese de um grande número de fenómenos concretos individuais,

---

<sup>73</sup> Quer-se com isto afirmar que não se considera jamais que os “tipos ideais” forneçam juízos de valor, apenas são utilizados porque o pensamento tem necessidade de categorização.



que são difusos, descontínuos, mais ou menos presentes ou então ocasionalmente ausentes, e que são ordenados segundo esses pontos de vistas unilateralmente acentuados, de modo a formar-se uma construção analítica unificada. Na sua pureza conceptual, não se pode encontrar empiricamente na realidade essa construção mental. É uma utopia.

Os “tipos ideias” têm por finalidade a conceptualização da realidade e a sua melhor análise por comparação a eles, ou seja pela comparação da medida do desvio. Assim, por exemplo a construção de um tipo ideal de racionalidade, a ação por referência a fins, permite analisar todas as outras pelo afastamento desse ideal, como um “desvio” face ao desenvolvimento que devia ser esperado na hipótese de um comportamento racional (Silva, 1988, p. 62-3).

Numa perspetiva a partir da clínica, considerando o modo como os hipertensos usam a consulta HTA, a forma como entendem e agem perante as recomendações médicas, e, sobretudo no referente aos “regimes de vida”, os comportamentos dos hipertensos entrevistados poderiam ser discutidos face ao problema da adesão terapêutica. Na literatura médica, o termo adesão é utilizado para referir o seguimento das recomendações terapêuticas (Dias *et al.*, 2011).<sup>74</sup>

A OMS refere existir adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde (WHO, 2003).

A adesão pode também ser definida como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito. Remete ainda para o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto. A adesão consiste portanto no cumprimento das regras recomendadas por um grupo específico, os prestadores de cuidados de saúde.

---

<sup>74</sup> Sobre uma explicitação clara do conceito de adesão ao regime terapêutico e sua discussão e pertinência no que respeita às doenças crónicas ver Dias *et al.* (2011).

Tal como o conceito de desvio em Howard Becker (2008), também na medicina o conceito de adesão tem um aspeto gradativo, refletindo o que se poderá, do ponto de vista clínico, considerar o *comportamento apropriado*.

A medicina tem uma conceção estatística do desvio, bem clara na história da própria, e também presente para medir a adesão dos doentes. Diz-se que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total (Leite e Vasconcelos, 2003)

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a adesão surge definida como:

Volição com as características específicas: *ação auto iniciada* para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, *seguindo as orientações sem desvios, empenhado* num conjunto de ações e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, *muda o comportamento para melhor*, procura os medicamentos na data indicada, *interioriza o valor* de um comportamento de saúde e *obedece às instruções* relativas ao tratamento. (como referido em Dias *et al.*, 2011, p. 204) (itálicos nossos).

Surge aqui de forma vincada a ideia de obediência mas indo ainda mais longe pois exige-se uma *ação auto iniciada* pelo paciente e a *interiorização* do valor dos comportamentos que lhe são ditados. Esta conceção é importante porque a *não adesão* é reconhecida como um diagnóstico de enfermagem (Machado, 2009).<sup>75</sup>

Os conceitos de *concordância (compliance)*<sup>76</sup> e de adesão terapêutica surgem perto dos anos 60, havendo registos de que os doentes eram incrédulos ao regime terapêutico e não revelavam confiança no profissional de saúde. A ideia da incompreensão, por parte dos doentes, das informações prestadas pelo profissional de

---

<sup>75</sup> Foi reconhecida como um diagnóstico de enfermagem, em 1973, pela North American Nursing Diagnosis Association (Russel, 2003 referido por Machado, 2009) e “segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras, a mensuração da pressão arterial (PA) é o procedimento mais realizado por enfermeiras de todas as partes do mundo, em situações de assistência primária, secundária ou terciária, nos domicílios, hospitais, unidades sanitárias, UTIs, recuperações anestésicas e cirúrgicas”( Araujo *et al.*, 1998, p. 33).

<sup>76</sup> Para uma discussão e crítica do conceito de *compliance* ver Peter Conrad (1997).

saúde e da má comunicação, são outras das razões apontadas para a não adesão (WHO, 2003).<sup>77</sup>

O termo *adesão* foi proposto como alternativo à *concordância* e tem vindo a ser usado com mais frequência, pois diz-se que sugere uma diminuição do poder do clínico na decisão do tratamento, havendo uma melhor relação profissional de saúde – doente, através de uma verdadeira “aliança terapêutica”, pela cooperação do último na escolha do seu tratamento. Nesta aliança são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um no processo (Dias *et al.*, 2011). Todas as definições assumem, contudo, que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa, por isso o “racional” é seguir essas recomendações (Vermeire *et al.*, 2001).

Numa abordagem não a partir da clínica e das categorias normativas mas da pessoa com doença, às discussões médicas sobre adesão contrapomos as narrativas de experiência de doença dos hipertensos. A partir delas encontram-se representações e práticas quotidianas de lidar com a doença e de lidar com a vigilância médica. Podem-se perceber algumas similaridades e diferenças nessas experiências e modos de ser hipertenso e que nos levam a conceber formas distintas de viver com hipertensão.

Identificam-se um pequeno número de casos que designamos como doentes pró-ativos ou doentes reflexivos, e um grande número de hipertensos cujo padrão de comportamento não se inscreve na abordagem da autorresponsabilização e parceria do doente ou utente prevista na consulta de HTA. Para referir este último grupo, utilizou-se a designação de *outsiders*, de Saul Howard Becker (2008), apenas no sentido figurativo de remeter para aqueles que estão fora de um modelo de doente desejado pela clínica.<sup>78</sup> De entre estes hipertensos que não preconizam o modelo do

---

<sup>77</sup> “O termo “adesão” possui variações, como “aderência”, “concordância”, “cooperação” (em inglês, *compliance*, *adherence*), “cumprimento” (em espanhol, *cumplimiento*), “falha com a terapia” (em holandês, *therapietrouw*) e “observância” (em francês, *observance*). Tal proliferação de termos reflete a sua ambiguidade e, consequentemente, o impacto no doente, médico, farmacêutico, enfermeiro e outros cuidadores de saúde” (Dias *et al.*, 2011: 204).

<sup>78</sup> Mantem-se o conceito no original, em inglês, não apenas pelo facto de este ser um estrangeirismo já amplamente conhecido mas pelo sentido literal de “estar (de)fora” implícito no termo e nunca remetendo para o conceito de desviante, bastante mencionado na terminologia corrente dos mundos da delinquência ou crime.

“doente ideal” da moderna saúde pública, existem contudo vivências distintas: há aqueles que são “doentes cumpridores” ou “bons doentes”, os *doentes que não se dão à doença* e os *distanciados*. Todas estas categorias analíticas são fluidas e híbridas, as suas fronteiras não são claras nem estáticas. Tal como referimos, a sua constituição visa apenas facilitar um processo de análise de distintos modos de agir e pensar face à doença.

### ***Os doentes pró-ativos***

Existe uma minoria de pessoas (cinco de entre os 30 entrevistados) que representa aquilo a que designamos por *doentes pró-ativos* ou *doentes reflexivos*. Estes doentes assumem-se como atores responsáveis pelo controlo da sua saúde. São pessoas informadas sobre várias questões de saúde que os preocupam, dispõem de conhecimentos médicos corretos sobre a hipertensão e outras patologias, mostram-se não só capazes de tomar decisões de forma autónoma com consciência como consideram importante fazê-lo. Têm conhecimento do que representa a hipertensão em termos de risco cardiovascular. A sua leitura da doença é coincidente com a abordagem médica. Afirmam-se como hipertensos.

Relativamente à consulta de HTA, entendem que é muito importante em si mesma, e não de forma apenas instrumental. Mesmo os que frequentam medicina privada e consultas de especialidade de cardiologia afirmam a importância da consulta nos Cuidados de Saúde Primários, cujas razões de existir são de si conhecidas nos objetivos que se propõe. São doentes críticos em relação às propostas do regime terapêutico, à própria forma como decorre a consulta e relação com o médico, mas que reconhecem a autoridade e legitimidade médica se reconhecerem no médico os conhecimentos e postura adequada.

*Tem que ser, porque eu sou hipertenso. Dentro deste Centro sou um hipertenso. Um hipertenso tem que ser observado. Portanto, esta consulta é ótima. (...) Acho que ele (médico) é fantástico, é porque pensa, ele pensa. Eu analiso o médico, não julgo que não.* (João Rodrigues, 66 anos, Ensino Superior)

Os “doentes pró-ativos” percebem o sentido e importância da consulta de nutrição mostram-se empenhados em aprender. Mostram-se também despertados para o trabalho em equipa da enfermeira, médico e nutricionista e valorizam-no. Assumem com rigor a gestão da sua doença, observando-se e responsabilizando-se pelo bom cumprimento da medicação e valores de peso corporal. Estes doentes são aquela pequena minoria de entrevistados que não tece críticas à necessidade de exercício físico e controlo alimentar, compreendendo e reconhecendo a sua importância e bons resultados no que respeita à saúde, e que aprecia o contributo da consulta de nutrição.

Neste pequeno grupo apenas um dos entrevistados não teve a experiência de uma situação de AVC. O receio de um novo acidente e o receio de diabetes gera uma motivação interna grande para a mudança no que respeita a hábitos alimentares e prática de exercício físico.

*Eu já senti na pele essas coisas. Tenho muito medo de me dar outra vez. Muito medo de me dar outra vez porque eu sei... Antes de me dar não tinha medo, não me preocupava, nem fazia ideia, nem fazia ideia sequer! (Paulo, 50 anos, 1º Ciclo)*

Em todos os casos o medo (e a angústia) está presente e é afirmado mas estes doentes sentem-se capazes de estabelecer controlo sob os seus fatores de risco pelo empenho que colocam na adequação dos seus comportamentos e das suas vidas. Adotam os regimes alimentares e de exercício físico recomendados. Quatro destes casos dispõem de condições de vida bastante favoráveis, revelando boa situação económica, familiar e profissional. Todos priorizam a sua saúde, contando com o apoio da família. Em termos profissionais, só uma destas pessoas não está reformada tendo menos idade que os restantes.

*Eu quando chego ao médico levo os meus registos de peso, como lhe disse, das tensões arteriais ao longo dos meses e anos. Levo os meus registos todos. Levo inclusivamente as previsões, como sou metódico levo as previsões! (...) Porque as embalagens nem todas são o mesmo número de comprimidos, por exemplo, nem o indivíduo toma a mesma quantidade de comprimidos, todas as variedades de medicamentos, tenho os meus programas excel, dizem-me até quando duram todas as embalagens que tenho em casa, tenho isso tudo. (...)*

*E- Veio fazer também a consulta de nutrição?*

*Sim, sim. Fui, fiz e uma das razões porque os hábitos alimentares também se foram alterando em casa é porque a esposa também, também é cliente da mesma nutricionista, o que eu acho que é francamente bom. Portanto, é, era uma das coisas que eu diria que era mesmo muito aconselhável, é que o casal, ou, neste caso, fossem ambos clientes aconselhados pela mesma nutricionista. Normalmente as mulheres dedicam-se um pouco mais à alimentação e às confeções das coisas e às orientações e isso ajuda muito, ajuda muito. Não há assim uns a puxar para um lado e outros a puxar para o outro. (Daniel, 66 anos, Ensino Superior)*

*Se o caminho é eu caminhar durante x tempo todos os dias, eu como estou aposentado agora tenho de ter como prioridade também cuidar da minha saúde e portanto vou caminhar. (...) Eu tenho filhos médicos mas eles só me dizem “olha tem juízo porque senão não sei quê”. Esses são mais diretos nas afirmações que fazem. As recomendações que sigo são do médico e autoconvencimento. (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)*

*Aprendi. Chuchu ponho na sopa (...) depois também li muitas coisas. Portanto, a abóbora é doce, a cenoura é doce, então se ponho abóbora não ponho cenoura (...)*

*Ah sim. Aí tenho medo. De um dia ficar assim, mas também não posso fazer nada para que isso não aconteça. Ou melhor se eu tive a oportunidade de uma segunda vida, eu tenho que a estimar e conservar. Portanto eu tenho responsabilidade nisso. Eu tenho responsabilidade nisso! Eu sei perfeitamente que eu não posso ter o sangue gordo. Portanto eu sei. (Maria Augusta, 64 anos, Curso Profissional)*

Estes doentes possuem uma linguagem clara, conhecem os termos médicos de forma correta e aplicam-nos. Apesar de informados, relativizam os seus próprios conhecimentos face ao reconhecimento do médico como perito, em quem confiam.

*Eu acho que a consulta é relevante. Eu acho que é relevante mesmo. Porque eu posso saber alguma coisa de engenharia, de medicina sou como disse, um aprendiz de feiticeiro, mas muito reles... Não tenho dúvida nenhuma que é importante. E em particular na minha situação. Considero que a visita periódica aqui é essencial, porque por maioria de razão, porque, pronto,*

*qualquer anomalia que face ao histórico que tenho pode ser mais, mais relevante do que aquilo que o indivíduo julga.* (Daniel, 66 anos, Ensino Superior)

Estes doentes apreciam a autonomia que o médico lhes concede, percebem a sua posição como doente de risco, sendo por isso fácil para si entender as ações e comunicação do médico mesmo que os objetivos ou razões não sejam verbalizados de forma explícita.

*Eles (médico e enfermeira) diziam massa corporal x, o Sr. está na folha da obesidade, obeso é um doente de risco! E depois a darem-me os papelinhos para eu registar as tensões arteriais sempre... E depois eu entrar na consulta de tensão arterial...* (Manuel José, 71 anos, Ensino Superior)

### ***Os doentes “outsiders”***

Um segundo, e o mais numeroso, dos tipos de doentes que podemos perceber são os doentes “outsiders”. Os doentes *outsiders* são aqueles que não apresentam um comportamento de acordo com o que seria desejável no paradigma médico atual e medicina de vigilância, o comportamento entendido como “conveniente”, “correto” ou mesmo “racional” que os doentes hipertensos deveriam ter: autorresponsabilização, alteração dos comportamentos de risco.

O conceito de Becker serve apenas como elemento de agregação destes modelos de gestão da doença que fogem ao considerado bom ou correto. Tal como com os desviantes de Becker, também aqui o desvio não é relativo à qualidade da pessoa mas o resultado da definição dada por outrem (sistema médico) da atividade praticada como má. A questão da visão do outro como *outsider* é sempre resultado de uma leitura assente nas interações sociais e num esquema de apresentação e cumprimento de regras.<sup>79</sup>

---

<sup>79</sup> “Todos os grupos sociais fazem regras e tentam, em certos momentos e em algumas circunstâncias, impô-las. Regras sociais definem situações e tipos de comportamentos a elas apropriados, especificando algumas ações como “certas” e proibindo outras como “erradas”. Quando uma regra é imposta, a pessoa que presumivelmente a infringiu pode ser vista como um tipo especial, alguém de quem não se espera viver de acordo com as regras estipuladas pelo grupo. Essa pessoa é encarada como um outsider.” (Becker, 2008, p. 15).

Estes doentes são aqueles que se mostram resistentes à autonomia e/ou responsabilização pessoal, ou que mitigam ou não acatam as medidas ou comportamentos de prevenção. Dentro deste grupo, identificamos comportamentos muito distintos mas que têm em comum o facto de não corresponderem ao que no paradigma da medicina moderna se entende como desejável na atitude dos indivíduos, nomeadamente face a doenças cujos fatores de risco são reconhecidos e apontados como evitáveis: uma atitude de autocontrolo, vigilância e adoção voluntariosa de modos de vida salutogénicos.

Consideramos neste grupo (de 25 entrevistados) três modos distintos de agir, de ter hipertensão: os doentes “*cumpridores*” ou “*bons doentes*” (seis pessoas), os doentes “que não se dão à doença” ou “*resistentes*” (13 pessoas) e os doentes “*distanciados*” (seis pessoas).

### ***Os doentes “cumpridores”***

Existe um conjunto de consulentes, seis pessoas, que se apresentam a si mesmos como cumpridores, como “doentes certinhos” ou “bons doentes”. Sem nenhum exercício de autonomia e iniciativa, mostram-se totalmente dependentes do médico face ao qual se colocam num papel de paternalismo e dizem fazer *tudo* o que o médico manda. Vêm-se a si mesmo como *cumpridores* das ordens que esperam que lhes sejam dadas pelo médico. Sentem que é sua obrigação moral fazer o que lhes é dito.

Nas entrevistas destes doentes surgem muitas vezes expressões ligadas ao cumprimento ou não cumprimento do que o médico diz, parecendo muito securizante para estas pessoas ter as regras a cumprir ditadas de forma rigorosa. Encontramos neste grupo pessoas mais idosas, com pouca ou quase nenhuma escolaridade, com poucas redes sociais e/ou familiares e cuja vida, em termos de condições económicas, sempre foi pautada por grande restrição e sacrifícios.

Os excertos da entrevista realizada a um casal de idosos utentes, ambos doentes hipertensos em consulta, é exemplar do que tipificamos como “doentes cumpridores” ou “bons doentes”.



*Depois passamos ao médico, o médico ausculta-me, mede-me a tensão outra vez, conversa comigo, pesa-me outra vez e depois mais nada. É só as receitas. (...) Geralmente vê as análises, vê que está bem. Ele sabe que a gente somos cumpridores daquilo que ele diz. É a melhor coisa que a gente tem é que ele diz é assim e a gente faz como ele manda, não tenha dúvidas. A questão de comprimidos e tudo, a gente não falhamos nadinha! (...) Vamos lá para ver como é que estamos. Eu acho que é importantíssimo, saber como é que estamos. E nesta idade então ainda pior, não é? Nesta idade a gente de repente, tanto está bem como está mal. É importante ir lá, pelo menos para medir a tensão e para conversar com ele, que ele por acaso é boa pessoa e é conhecedor daquilo que está a fazer. (...) cumprimos tudo aquilo que ele diz. (...). Nunca nos esquecemos (dos medicamentos). Isso aqui é irrepreensível! Há pessoas que não tomam nada. Nós aqui não falhamos nadinha, nada. É tudo extremamente correto. E aí que eu que entorte a agulha! (..)*

*Sim. Tudo o que ele possa dizer a gente toma em consideração. Percebemos bem! (...) sim senhor entendemos tudo bem. Não tenho isto a dizer tanto do Centro como lá de cima dos HUC. São impecáveis tanto as enfermeiras como o médico. Há pessoas que são muito difíceis de compreender! (referindo-se aos doentes que não cumprem as ordens dos médicos) (Horácio e esposa, 76 anos, 1º Ciclo)*

No caso dos “cumpridores” encontramos uma visão fatalista da doença e da morte, a doença como destino, e “entregam a Deus”. São muito queixosos e recorrem com grande frequência ao médico e ao Centro de Saúde, muito dependentes desta visita ao médico que é visto como “um santo”.

*Não penso nisso, não penso. Só Deus sabe. Se vou pensar nisso então nunca mais saía de casa. Acho que é melhor é não pensar nisso. Penso no que tenho por vezes, trato de mim com os medicamentos e essas coisas todas, mas não estou a pensar na morte. Ainda hei de cá durar mais algum tempo. Isto dói, depois passa. Não me considero assim muito doente, só me considero dizer assim: “Ai graças a Deus... Deus me ajude!” A morte logo vem quando quiser vir, quando eles quiserem. Não vale a pena, não é? Não sei se será bom pensar assim como eu penso. O que é que eu quando eu sinto alguma coisa venho logo ao santo. Ele é mesmo santo. (Teresa, 82 anos, 1º Ciclo)*

Nas histórias da doença estas pessoas revivem o seu passado, um passado perdido de que sentem nostalgia.

*Sim. Hipertensão e também tenho outra coisa mais grave ainda: diabética do pior que há! Duas coisas más, não podia estar pior! Toda estragada mas olhe tenho momentos bem-disposta. Ontem foi um dia que me deu para chorar, hoje foi um dia em que já estou melhor e vou fazendo o que posso. Só que deixei de fazer AQUILO que mais gostava! O que é que eu gostava? Era ir por exemplo, ir àqueles concertos... Foi num deles que eu tive o primeiro enfarte, (...) eu andava nessas coisas da cultura da Câmara Municipal de Coimbra, eu ia a todos os lados. Eu saio com a minha filha, (...) mas deixei de ir à baixa, que eu ia todos os sábados, de autocarro. (...) Apareceram uns pasteizinhos de nata que eu adorava, eu posso comer um pastel de nata de vez em quando mas já não me sabe bem o pastel de nata (PAUSA) Eu posso comer mas ele não me vai saber tão bem como sabia antigamente (...) O Sr. Horácio (refere-se ao marido) também é bom doente. Deus queira que ele também não tenha diabetes porque assim ainda vai comendo uns docitos mais do que eu. Enfim é a vida. Deus deu-me isto e eu tenho de acompanhar até ao fim, e é isto que me vai levar! Ele é e eu também sou (bons doentes) Já me habituei a viver assim, só que realmente faz-me falta muita coisa que eu perdi (PAUSA) e de que tenho saudades! O que eu fazia! Eu virava esta casa ao contrário, eu passava a ferro, eu andava, eu fazia tudo! Eu fazia tudo, agora não!*

*Sr. Horácio- Agora fazes aquilo que podes. (Horácio e esposa, 76 anos, 1º Ciclo)*

### ***Os doentes que “não se dão à doença”***

Contrariamente aos “doentes certinhos”, outros não hesitam em se reconhecer como “maus doentes”. Designamos este grupo, o mais numeroso entre os nossos entrevistados (13 pessoas), como doentes que “não se dão à doença” ou doentes resistentes.

Entre estes doentes surge uma avaliação crítica de muitas das recomendações feitas relativamente aos regimes alimentares e de exercício físico, que na maioria dos casos se considera que são coisas que o médico diz mas que não se aplicam nas práticas. Excetuando a medicação, que “vão fazendo”, tendem a não seguir as

restantes prescrições médicas que desvalorizam e por vezes desqualificam. Os conselhos do médico, que dizem já saber de cor, são vistos como desnecessários, ineficazes e em alguns casos não são mesmo apreciados. Utilizam repetidamente expressões como “está tudo bem”, “é normal” e o discurso é muito frequentemente marcado pelo riso e pela brincadeira, o que não encontramos nunca nos doentes reflexivos e também não nos “cumpridores”, para quem a doença é uma coisa muito séria.

Não se considerando doentes (dizem-se apenas “pessoas nervosas” e atribuem a HTA à idade e ao *feitio* que têm), estas pessoas não gostam de ser tratadas como tal.

*Em relação à tensão arterial eu já sei isso de cor e salteado porque já sou hipertensa há 30 anos quase, e é ter cuidado com o sal mas isso eu tenho. A minha comida é só a meio sal, e é assim que vou continuar, a comida a meio sal. Quando se vem para estes sítios a tensão altera sempre um bocadinho mesmo que se esteja à vontade (RISOS). Sabe que a minha tensão é uma tensão nervosa.... E daí que pronto, quando chega assim a estes sítios altera sempre qualquer coisa. (Clementina, 69 anos, 1º Ciclo)*

*Não hipertensa não, eu sou é muito emotiva! (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

Mesmo em consulta negam problemas de saúde que não reconhecem como verdadeiras doenças, o que é o caso da hipertensão. Resistem, portanto, a uma classificação de doença medicamente definida. São doentes que adotam uma estratégia de “não se dar à doença”, não se interessam e assumem uma postura de ignorar a doença, “não querer saber”. Para estes doentes a consulta é vista de forma muito instrumental, para ir buscar as receitas, fazer exames, ou vai-se à consulta apenas porque o médico mandou.

O facto de se ter tido ou não um AVC não parece, em todos os casos, ser um fator imprescindível para alterar o comportamento face às medidas terapêuticas de vida. Encontramos doentes que nunca sofreram um AVC entre os doentes pró-ativos e identificamos entre os doentes resistentes pessoas que já vivenciaram o acidente.

Encontramos neste grupo pessoas idosas, mas não tão idosas como nos doentes “cumpridores”, que na sua maioria atribuem os problemas de saúde a isso mesmo, ao facto de “começarem a ter idade”, e pessoas mais jovens, profissionalmente ativas, sendo que estas referem “não ter tempo para doenças”. Em ambos os casos, esta atitude de “não se dar à doença” é apresentada como sinal de força, não mostrar fraqueza. Percebe-se em todos os casos uma conceção de “corpo camponês (Hespanha, 1987) com leituras mecanicistas sempre presentes. A alimentação forte, “o importante é comer”, fez e faz parte de hábitos e de gostos que não se querem perder pelo prazer que transmitem. Referindo-se ao aconselhamento nutricional, esta senhora é perentória:

*Não, não. Eu isso não faço porque para mim eu não me venham dizer para eu não comer isto ou não comer aquilo que parece que é quando me dá vontade de comer mesmo. E eu gostava de ser mais magra, porque eu sempre fui magrinha e gostava de ser mais magra, mas tenho que aceitar que a idade, que o facto de ter tido uma menopausa precoce aos 36 anos também contribuiu, embora eu só comecei a engordar de há vinte anos para cá. Mas pronto, é a idade, é o sedentarismo que uma pessoa começa a ter depois da reforma, não é? Da aposentação. Uma pessoa está em casa, eu agora já costumo dizer, já tenho uma idade para dizer que faço o que me apetece, mais ou menos! Se eu fizesse o que me apetecia nunca parava em casa, mas pronto. (...) Se não me apetecer não como, mas se me apetecer como. Até porque eu já andei, aliás a minha nora faz consultas de nutrição e ela já tentou, mas eu já lhe disse a ela assim "Tudo bem, eu sei que estou. Mas não venhas cá com cantigas para fazer isto e fazer aquilo e fazer aqueloutro." Não, isso já não é para mim. É para pessoal novo que quer andar todo elegante. Eu já não, não vou recuperar nada do que eu tinha e enquanto eu não me sentir mal pronto. Também não gosto de ser gorda, não! Vejo ao espelho, não gosto (...) é como eu costumo dizer "eu gosto muito de me ver é a minha cara sem óculos." Porque como vejo mal, nem vejo rugas nem vejo nada, é assim que eu gosto. Mas pronto não... Tá-se bem como diz o pessoal novo. (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

A mesma senhora lamenta não apenas a saúde e forma física perdida mas a juventude. A sua situação é essa, não a de doente mas a de mulher idosa.

*Pois lá está. Ter cuidado com o quê? Se eu fosse doente, que me considerasse uma doente, sei lá uma diabética assim um bocado, isso sim teria cuidado com a alimentação e fazer um bocado de exercício e isto, aquilo ou assim. Mas os diabéticos que eu conheço são todos uns infratores! Eu se tiver medicação para tomar, também não sou assim muito é àquela hora é àquela hora, é... pronto. Eu tenho umas coisinhas onde tenho os medicamentos, porque eu tomo medicamentos daqui e tomo medicamentos disto e daquilo... (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

Vir à consulta é só por si uma afirmação da doença, o que para alguns doentes é menosprezado. A consulta serve os objetivos do médico, não os seus.

*Faço umas análises de vez em quando. A médica até é uma médica nova que está aí também e até gosta de acompanhar, embora também seja para, se calhar para a vida dela para futuro porque gosta de saber como é que os doentes estão como é que não estão, uma médica nova, e tenho feito umas análises para ver como é que a situação está. (...) Ela também está preocupada com isso. Ela e o Dr. Rui!*

*E- E o Sr. Joaquim?*

*Eu não, não. Não e sabe porquê? Porque não dói. Porque se doesse a gente preocupava-se! Mas como.... Eu sou contra os medicamentos, não gosto de tomar medicamentos. Ela é que marca, a médica é que marca a consulta. Tudo tudo é ela que faz tudo, mede a tensão, pesa, ela é que faz tudo.*

*E- E no seu entender para que serve esta consulta?*

*Quer dizer, não sei. Para mim é importante sempre mas... Eu acho que para mim não valia a pena vir cá, mas para a médica se calhar até vale porque quer saber como está o estado do doente, pronto. Mas como nós também somos um bocadinho desleixados, deixa-se andar. (Joaquim, 66 anos, 1º Ciclo)*

Estes doentes são resistentes ao modelo de parceria, que o médico tenta implementar. Não assumem um papel ativo na prevenção, deixam as decisões para o médico e não correspondem às ideias de autonomia e responsabilização, mesmo

afirmando a sua concordância e colaboração no consultório, embora por vezes usando a ironia.

*“Está bem. Manda quem pode.” É o que eu lhes digo: “Manda quem pode, obedece quem deve.” (Arminda, 71 anos, Curso Profissional)*

Revelam uma atitude desinteressada e não empenhada no que respeita à terapêutica de vida que lhes é recomendada. Reservam-se o direito de fazerem “o que entenderem”, até porque a sua experiência lhes mostra que os sacrifícios pedidos não valem a pena e não acreditam verdadeiramente na relação entre os comportamentos (alimentação, exercício) e os benefícios que poderão advir relativamente à saúde em geral.

*É como lhe digo eu não sou muito pensativa nas doenças acho que isso tenho talvez me corra a meu favor. (RISOS) Vale mais viver na ignorância. Há certas coisas a gente anda na ignorância e pronto e andamos. (...) E tenho opinião e tenho medo! E se calhar por ter medo é que prefiro não saber (RISOS) e andar assim, olhe... Não! Não. Nem digo a ninguém que sou doente! Oh oh nem posso, eu acho que nem posso considerar uma pessoa doente. Uma pessoa que vem ao médico de três em três meses para uma consulta de rotina não é doente! Não é doença! Eu acho que não!*

*A recomendação é pequeno-almoço, meio da manhã, almoço com sopa e carne ou peixe, tarde, jantar com carne ou peixe e a ceia. Mas nada disso, eu já faço pequeno-almoço ao meio da manhã ... Isto é o que o médico diz, mas é o que eu não faço muitas vezes. Já faço assim um bocadito mais, mas não faço como ele manda. Porque... (RISOS). Boa tarde senhor doutor! (Ana Isabel, 67 anos, 1º ciclo)*

Os doentes “resistentes” contam as suas incursões pelos “crimes” usando a brincadeira e o riso. Contrapondo, depois, com um voltar a um tom mais compenetrado. O riso e o humor são a forma escolhida para se referirem às suas rotinas, sobretudo no que têm de discrepante face às recomendações médicas. Contudo, sabemos que a definição de um tema como matéria de humor é apenas um meio de escapar ao confronto com o sofrimento que o mesmo comporta. O mesmo se verifica com a estratégia de referir os exemplos dos outros, “as desgraças” e os

comportamentos de pessoas conhecidas, e não o seu próprio caso (Davison, Smith & Frankel, 1991).

Há uma certa desconfiança sobre as recomendações médicas e o benefício do sacrifício, comprovada muitas vezes pela experiência.

*Às vezes uma coisa pode estar muito alto, muito mal. Sobretudo a tensão arterial. E se não fizer cuidado... Ainda há tempos o médico ralhou aí comigo. "Doutor ralhe o que quiser, mas não me bata". Disse eu para ele. "Fora deste Centro de Saúde não o quero como doente e tal. Tenho que o mandar para outro médico e não quero cá doentes assim. Ou respeitam ou não respeitam." E eu levei ali uma achega assim como deve ser. E eu tive que fazer mais cuidado, realmente. Ele está a fazer isso por mim, não é por ele.*

*Epá a gente tem que ter mais cuidado. Fazer mais o que eles dizem, está a ver? Agora não, agora ultimamente já me disse que merecia mesmo um prémio, está a ver? Mas eu não tenho culpa que às vezes esteja pior e outras vezes estou melhor. Ainda lhe disse "Oh doutor eu nada fiz para estar melhor agora. É o meu organismo que está." "Não! Alguma coisa fez. Alguma coisa fez, que agora está melhor. Anda melhor isto, melhor agora do que andava." Eu não. Portanto é o organismo que umas vezes anda pior, outras vezes anda melhor. E eles nas análises isso vêem. Os resultados. É como eu digo se não fosse as análises também não viam. Também não sabiam, não é? Eles não é a olharem para uma pessoa que veem se está boa ou se está mal. Eu admiro mais um veterinário do que um médico. O veterinário o animal não lhe diz nada e vai-lhe apalpando o mal dele. O médico a gente diz o que sente, portanto é mais fácil ser médico do que ser veterinário. É. Um veterinário tem que adivinhar o que é que tem um animal. O animal não come, não bebe alguma coisa se passa. Quando o animal come e bebe, que não se preocupe com ele, tem saúde.*

(Fernando, 64 anos, 1º Ciclo)

*Nós depois começamo-nos a sentir bem.... E os conselhos são difíceis de levar à prática (RISOS). É comer certas coisas que estávamos habituados a comer. É ter de andar também, que agora as pernas também já não andam tanto que eu tenho a quase 68 anos, não sou velho mas caminho para lá. (...) Qualquer coisita que esteja mal chateiam logo a cabeça (RISOS) mas eu não fico chateado que eu gosto que me avisem, não é? Mais vale avisarem do que um*

*gajo fazer novamente a mesma coisa. (Afonso, 67 anos, 1º ciclo)*

*Eu sou um indivíduo que não gosto muito de andar no médico, à consulta dos diabetes venho sempre, mas outras não venho. Às vezes a Dra. Diz, “Ó João tens de vir cá que eu quero te ver!” (RISOS) tá bem, eu venho (RISOS). Todos os anos faço umas análises completas. Não falto não. A gente conversa... agora vais fazer umas análises, vais fazer isto aquilo... Eu não me preocupo. Pode-me dar alguma coisa. Hoje em dia ninguém está livre disso... Graças a Deus ela não tem feito muitas recomendações porque encontra-se tudo na mesma. Como está tudo bem ela não diz nada. A tensão está bem, continue e tal... Está tudo bem. (João Manuel, 64 anos, 1º ciclo)*

O “não haver nada a fazer” como afirmação da não responsabilidade pessoal, é encontrado naqueles para quem a HTA nem sequer é uma doença e portanto nem motivo de preocupação nem de cuidados, muito menos de sacrifícios. A HTA é “normal” para os doentes que não se dão à doença, que conseqüentemente não são “doentes” e não têm de fazer dietas alimentares com vista a manter níveis de HTA equilibrados.

### ***Os doentes “distanciados”***

Os “doentes distanciados” são aqueles que têm uma posição de “não quererem saber” de doenças, repetindo muitas vezes que para eles está tudo bem, que não têm nada com que se preocupar. Esta expressão é utilizada para os caracterizar no sentido de refletir o distanciamento com que estes doentes colocam de si o problema da doença, em geral e da HTA, em particular, adotando uma abordagem ao assunto como não lhe dizendo respeito.

*Eu fumava mas já deixei de fumar aí há 30 anos que eu deixei de fumar. Está tudo normal. A médica diz que sim, que está tudo normal. O colesterol também está bom. Felizmente diabetes não tenho até ver, não sei... Mas já fui operado ao estômago, não sei se está relacionado, não sei pronto! Não, não me preocupa isso (doenças). Não me preocupa porque eu... Pá, sinto que estou bem. Posso não estar mas sinto que estou bem. Medicação faço agora há pouco tempo. A médica de família é que achou que eu tinha a tensão alta e*



*pensou que eu não devia ter a tensão assim tão alta e então receitou-me um comprimido para tomar à noite, só por isso. Mas não noto nada. (Miguel, 61 anos, 1º ciclo)*

Incluem-se seis entrevistados nesta categoria. É difícil traçar uma linha entre os casos de resistência, do grupo dos doentes que “não se dão à doença”, dos que se mantêm numa atitude de distanciamento, podendo os doentes demonstrar ambas as posições, pois não são exclusivas. As situações são porosas, mesmo híbridas. Mas ao contrário dos “resistentes”, os doentes “distanciados” revelam consciência do risco das doenças cardiovasculares e da necessidade de cumprir com as prescrições médicas e não usam de jocosidade nem de exemplos de terceiros nas suas narrativas, contudo reportam-se muitas vezes à doença falando apenas em termos vagos e gerais e não se referindo a si mesmos. No relato das suas práticas do quotidiano referem de forma clara e sem humor não alterar nenhum hábito alimentar ou a prática de exercício. Apontam essa possibilidade para as outras pessoas, não para si. Usam de modo geral a terceira pessoa do plural para se referirem à HTA e às pessoas que dela sofrem. Reconhecem a importância à consulta e aos conselhos médicos mas entendem que também podia ser dispensável.

Para estes doentes não há muito ou mesmo nada que possam fazer em relação à HTA. Não reconhecendo as causas da doença entendem que esta está fora do seu controlo ou vontade de a gerir por isso a pergunta “o que é que eu posso fazer?” parece nem se colocar, ao contrário do que sucede com os doentes pró-ativos, que têm bem claro o que podem fazer e estão conscientes dos benefícios disso.

Entre estas pessoas encontramos indivíduos em idade ativa, com família a cargo, doentes que tiveram AVC com gravidade e pessoas mais idosas que sofreram grandes desgostos na vida. As entrevistas nalguns momentos são “penosas”, dizem não gostar de falar de doenças, não querem lembrar-se de alguns momentos de aflição.

*Eu não penso muito nisso. Como acho que estou bem não estou agora a pensar que vou ter um problema amanhã! Quer dizer... Olhe não gosto que me falem nisso. Como eu já passei por muitos problemas de saúde, já apanhei uma pneumonia, já fui operado ao estômago, tive um tumor no estômago, e*

*quando falam em saúde eu não gosto porque fiquei traumatizado. “Então está tudo bem? Então foste operado, isso correu bem?” “Eh pá, não sei, até já me esqueci.” Não gosto, não gosto que falem em problemas de saúde. Porquê? Porque fiquei traumatizado por vários problemas que eu já tive de saúde. E quando me falam em problemas de doença eu para mim.... Não gosto. Eu quero esquecer! Passou pronto. Agora, atualmente considero que estou bem. Já passei por casos muito graves! (...) Por isso é que eu digo... E as pessoas só dão valor quando passam lá. E depois quando falam em doenças... Então isso está tudo bem? Então estás melhor? Nem quero ouvir falar disso! Quero é esquecer. Porquê? Porque nós já passamos por lá, agora quem não passou! (...) Porque eu penso que estou bem. Mas falar em doenças para mim é muito complexo. (Miguel, 61 anos, 1º ciclo)*

O discurso destes doentes é mais reservado, alguns dizem mesmo que apenas acederam a fazer a entrevista por simpatia. Para estas pessoas não vale a pena ou nem há tempo para pensar em doenças. As preocupações estão no trabalho e nos problemas quotidianos. Não se trata de melhorar a doença mas melhorar a vida. Há um sentimento de impotência perante o medo e perante as prioridades da vida.

*Não, não. Eu nunca quero saber de nada. (...) Nunca tive tempo para as doenças, até podia estar muito mal, mas pronto, como tenho três filhos e já sou, já estou divorciada há uma data de anos e sempre trabalhei muito para eles, pronto, para eles terem mais ou menos (...) A minha vida também não... por mais que uma pessoa tente também não melhora, pronto e não... (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

Não só os problemas quotidianos se sobrepõe às preocupações com a HTA, como outras doenças, consideradas de maior importância pelos doentes, relativizam a importância que atribuem à hipertensão. Este é também o caso de Albertina, que no momento da entrevista se encontrava a aguardar um diagnóstico de esclerose múltipla, ao qual se refere como tendo muito medo.

*Ah, mas eu só tomo (medicamentos), porque realmente tenho mesmo muito medo dessa da doença, porque eu ainda agora andei, ainda ando, andei duas semanas constipada e nunca tomo nada, nem para a gripe, nem para a constipação, nada. Mas isso não, isso... Porque é assim, eu sou uma mulher muito forte, mas tenho muito medo. Não tenho medo de morrer, atenção.*

*Tenho medo de ficar incapaz e depois tenho aqui uma... Preciso estar bem para, porque não tenho ninguém infelizmente que tome conta dele (filho com deficiência mental) (...) Mas pronto, é como digo nunca, como nunca dei grande importância às doenças, e se não fosse mesmo a médica lá da psiquiatria... (Albertina, 48 anos, 1º Ciclo)*

*Sei lá... Há doenças e doenças, mas doente, doente, doente... Não. Andava com um problema na garganta, que isso depois fui operado. Aí estava doente. E neste momento sou doente, crónico, mas não é aquela coisa que... Por um lado faz-me um bocado de espécie, um bocado de, digamos que aflição o fato de poder evoluir para, para diabetes, que é neste momento, por isso é que... (Filipe, 41 anos, 3º Ciclo)*

*O coração estará bom agora o problema é mais das articulações e não é só. São os anos PESAM! (...) Isso para morrer basta estar vivo! Isso não tenho dúvida nenhuma. E eu costumo dizer que a morte é a coisa mais certa na hora incerta. Agora se me preocupa, preocupa-me é o envelhecimento, mas aí não há volta a dar-lhe. Vamos tentando viver cada dia por si e cada dia como seja o último. Tentar vivê-lo o melhor possível. É isso que eu procuro. (Nunes, 63 anos, Ensino Secundário)*

### **3. Modos distintos de agir**

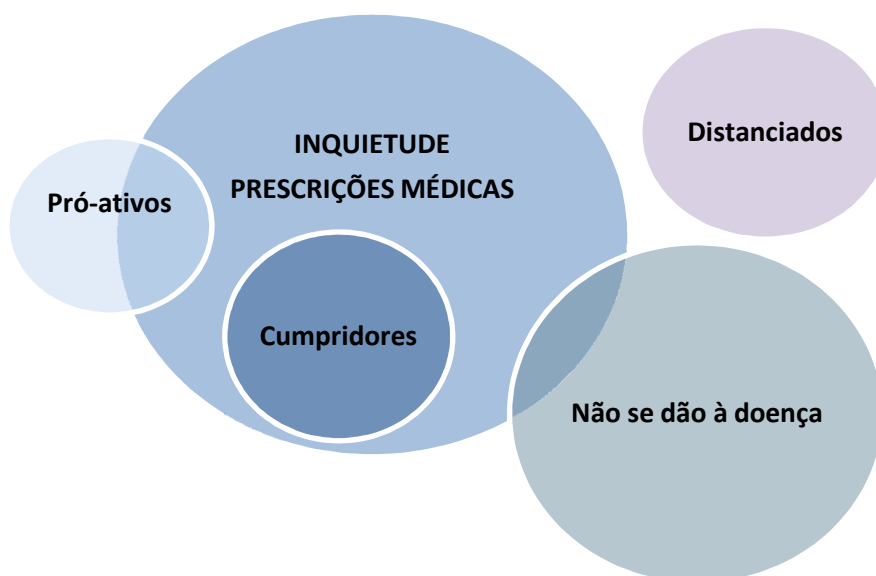
A não adequação dos comportamentos dos doentes a um modelo de relação de parceria desejado pelo modelo médico passa por uma recusa de autonomia nas decisões a tomar perante a situação de cronicidade da HTA (doentes “cumpridores”) ou mesmo por uma rejeição das recomendações a si dirigidas como doentes (doentes “resistentes” e “distanciados”), uma vez que é precisamente essa a situação rejeitada. Entre os doentes *outsiders* encontram-se pessoas que não se vêem como “doentes” mas como pessoas idosas a quem a vida roubou a juventude e a saúde e pessoas que rejeitam pensar em doença ou em situação de perigo para si. Estes aspetos moldam diferentes modos de agir face à HTA e à inquietação causada pelo seu diagnóstico médico. No quadro seguinte (Quadro 11) apresenta-se, de forma simplificada, a caracterização dos diferentes “tipos” de doentes hipertensos.

**QUADRO 11**  
**Os diferentes “tipos” de doentes hipertensos**

	PRÓ-ATIVOS	OUTSIDERS		
		CUMPRIDORES	QUE NÃO SE DÃO À DOENÇA	DISTANCIADOS
<b>Caracterização</b>	Níveis de escolaridade, em geral, mais elevados Condições socioeconómicas, em geral, boas Maioritariamente em situação de reforma Maioria com situação de acidente	Mais idosos Escolaridade muito baixa Reformados	Idosos e pessoas mais jovens Níveis de escolaridade baixos	Idosos e pessoas mais jovens Níveis de escolaridade baixos
<b>Gestão de si/doença</b>	Doença autodefinida Inquietação como possível de gerir Crença na relação positiva de restrição – benefício HTA como fator de risco Assumem por sua iniciativa comportamentos preventivos e compreendem-nos Saúde como construção	Doença definida Desamparo, não querem autonomia Não reconhecem a HTA como nosologia específica mas como mais uma entre as muitas doenças de que padecem Visão fatalista, a doença como destino Perigo vivido com medo e ansiedade.	Doença definida Não se consideram doentes Assumem o não seguimento ou mitigação das prescrições médicas de terapêutica de vida. Forte apego a hábitos alimentares tradicionais Atribuem HTA à idade e ao “feitiço” Não atribuem sentido à prevenção	Doença definida Reconhecem mas reprimem a ideia de perigo Não querem saber e não gostam de falar de doenças Para eles está “tudo bem” Não alteram hábitos Maus cumpridores da medicação
<b>Relação com a consulta HTA/médico</b>	A consulta é importante Compromisso com o médico para objetivos Críticos da ideia de médico como receituário. Aproximação a uma relação de parceria	A consulta é para se ser controlado Relação fortemente paternalista com médico Passividade	Instrumentalização da consulta para ir buscar receitas Maus cumpridores da medicação Relação de omissão Uso do humor para expor a relação com o médico/consulta	Não vêem necessidade da consulta. Relação de omissão

As decisões relevantes em saúde devem ser vistas também como construções sociais face à incerteza.

**FIGURA 1**  
**Inquietude vs. Gestão de si/doença**



Enquanto os doentes pró-ativos, reconhecendo a informação que recebem do sistema médico, conseguem gerir através da adoção das medidas de vida o controlo da situação (vigiando e mantendo o peso corporal, por exemplo), nos restantes doentes não se encontra o mesmo balanço entre a inquietação e a ação de controlo auto iniciada e mantida. Os doentes “cumpridores” mantêm-se vinculados ao sistema médico, sem impulso próprio para implementar as mudanças que forem consideradas e requerendo do médico o seu controlo corporal. Os doentes “distanciados”, reconhecendo o medo instaurado pela doença optam bastante por a ignorar e os doentes “que não se dão à doença” afastam-se das regras das prescrições médicas.

Os discursos sobre a escolha de um estilo de vida saudável têm como premissa a noção de agência e escolha individual e também a assunção da capacidade do individuo em controlar múltiplos fatores de risco. O não compromisso com as prescrições médicas relativas aos regimes de dieta e exercício têm sido interpretadas em termos de falta de conhecimento ou falta de autocontrolo. Mas as narrativas de doença embora enfatizando a agência individual destacam uma série de

constrangimentos no exercício de tal escolha. As restrições vão desde a falta de viabilidade (as prescrições de estilos de vida são muitas vezes consideradas incompatíveis com as realidades vividas das pessoas); falta de certezas (não se sabe ao certo a razão de se ter HTA); o dito pelos médicos nem sempre sucede na prática (em situações da vida real), e a falta de acesso a recursos (tempo e dinheiro).

Remetendo para as diferentes concepções de verdade apresentadas atrás (“verdade por autoridade”, “verdade pelo raciocínio”, “verdade pela experiência”), do que apreendemos da verbalização dos doentes, se tudo o que o médico diz acerca da sua condição não é posto em dúvida, porque assente numa “verdade por autoridade”, contudo a avaliação que fazem da hipertensão é feita também por uma comparação pensamento analógico, que lhes revela outra verdade, mas é sobretudo a “verdade pela experiência”, que lhes permite traçar ações, disposições, para comportamentos futuros e os justifica. A comparação com as “verdadeiras doenças”, as doenças dos outros, e o resultado das suas experiências, justificam as opções tomadas para si.

Os médicos e outros profissionais de saúde tendem a pressupor que os consulentes reportaram todos os sintomas que lhe estão a causar dor, ansiedade, mal-estar, e tomam por garantido que a restauração de boa saúde, o evitar a doença é, naturalmente, uma prioridade. A boa saúde, contudo, é um objetivo entre outros, e não é sempre o prioritário. A um dado momento o indivíduo pode não obedecer ao tratamento por ser visto como menos importante ou não urgente do que por exemplo cuidar das crianças, ou de uma mãe dependente, trabalhar, ir de férias, ou mesmo ir a um jantar de confraternização de colegas de tropa. O que as pessoas relacionam com boa saúde varia segundo sentidos muito diversos, tais como os sacrifícios implicados, questões emocionais, perspetivas de futuro, experiências de saúde/doença anteriores, a sua própria ideia de envelhecimento, entre outros. As ações dos hipertensos não se expressam só em termos de racionalidade finalidade.

## CONCLUSÃO

Com o crescimento das populações e a complexificação da vida social, o cuidado dos cidadãos tornou-se a principal preocupação dos Estados, o que deu origem a um novo regime na arte de governar a vida de todos os dias, tal como é exposto por Michel Foucault. Os quotidianos passaram a ser objeto de intervenção, com vista à previsão e controlo das populações, as pessoas tornaram-se reguladas e disciplinadas, sendo as estatísticas um registo contínuo dos indicadores populacionais. A intervenção e registos médicos tornam-se parte integrante de um regime de controlo e disciplinarização de indivíduos e de corpos.

Se a observação e registo de nascimentos, doenças e mortes não é um dado novo, a compreensão da ocorrência das doenças em termos de risco é um fenómeno moderno. Com o advento da mecânica quântica e a erosão do determinismo no século XX, os dados epidemiológicos passam a ser interpretados em termos de probabilidades revertendo para o uso do termo risco. As perspetivas epidemiológicas informam as políticas e práticas contemporâneas de Saúde Pública, e o mecanismo central das explicações epidemiológicas é o conceito de risco (Kavanagh & Broom, 1998). É esperado que as pessoas designadas “em situação de risco” façam uma gestão do seu próprio risco, isto é, que entrem num processo de autocuidado, autocontrolo, autovigilância e supervisionamento médico.

Neste contexto, e pelas mais variadas razões, a experiência dos doentes hipertensos é sociologicamente relevante. Através dela podemos refletir sobre questões como o crescendo da presença da medicina na sociedade e na vida particular dos indivíduos; a vinculação dos sujeitos aos saberes e práticas da biomedicina e às definições que esta propõe e preconiza do que conta ou não como saúde e doença; a

individualização da ideia de risco, pela responsabilização pessoal induzida através da apresentação da relação causal da doença com os estilos de vida, entendidos estes, por sua vez, como um ato de escolha individual; a reflexibilidade como qualidade e dever dos cidadãos modernos, capazes de uma permanente automonitorização não apenas das suas condutas mas dos seus próprios parâmetros corpóreos e adequação dos valores e práticas de modo a atingir a adaptação necessária.

Se estes princípios se enquadram bem dentro do que é preconizado para os universos económicos da contemporaneidade e da atuação da moderna Saúde Pública, a análise das narrativas da experiência de doença dos hipertensos mostram como as pessoas, confrontadas com a experiência vivida da doença, constroem as suas próprias interpretações e ações de forma plural, heterogénea e sempre por referência a contextos materiais e culturais ou simbólicos diferenciados de outros, nomeadamente dos da racionalidade económica-instrumental e dos da biomedicina.

A abordagem da ação pela ideia de racionalidade instrumental, isto é, em que os meios são escolhidos em função de um fim pré definido, implica um entendimento da ação racional como sendo caracterizada por uma escolha consciente de entre os vários cursos alternativos da ação, considerando o resultado final desejado. Esta abordagem, só por si, deve ter então em consideração a efetividade da capacidade da escolha.

As experiências relatadas pelos doentes hipertensos revelam como, na prática, não se encontra uma linearidade nas condutas e como as decisões e ações se jogam por relação a aprendizagens e conhecimentos sedimentados de experiências anteriores, hábitos, emoções e necessidades. A ação afetiva é marcada pelo costume, ou seja, as condutas guiadas por razões emotivas ou pelo hábito são de extrema importância nos comportamentos dos hipertensos. Estes tipos de ações são muitas vezes apelidadas de irracionais mas, ao invés disso, sustentam-se num conhecimento prático de condução das atividades quotidianas e de aplicação de critérios de relevância diferenciados. Consequentemente, se do ponto de vista da clínica certas ações ou comportamentos dos doentes hipertensos parecem carecer de racionalidade, do ponto de vista das pessoas tais comportamentos, considerando as diferentes prioridades em jogo mas também as distintas capacidades de escolhas, de hábitos e



experiências, ainda que marcados por ambiguidades e angústias, são um espaço de poder e de coerência.

Os “estilos de ação” (Certeau, 1998) ou as “maneiras de fazer” dos doentes hipertensos remetem para as práticas quotidianas que, por sua vez, se ligam ao discurso (ou à “Ideologia”, como diz Foucault), ao adquirido (o *habitus* de Bourdieu) e ao momento ou ocasião (*Idem*, p. 109).

Esta investigação doutoral colocou o foco numa doença específica e na forma diferenciada como ela é experimentada, olhando para a hipertensão como uma entidade clínica distinta de outras doenças crónicas. Quis-se conhecer as ações que ter esta doença promove nos sujeitos.

Parece ser, e em certa medida é, difícil para os cientistas sociais tomar a doença como o centro dos seus trabalhos ou pesquisas. A interligação da análise sociológica com apontamentos clínicos enriqueceria a análise mas os processos sociais que os sociólogos descrevem tendem a manter-se desancorados clinicamente (Timmermans & Haas, 2008). Embora reconheçamos esta dificuldade, que surge sobretudo quando confrontados com as questões inerentes à corporalidade da doença e complexidade das intervenções médicas, uma sociologia da saúde e da doença deve explorar mais a relação com o saber médico, importante para que se aprofunde o reconhecimento da dialética entre a vida social e a doença/corpo, promovendo uma maior compreensão de como, onde e de que forma a vida social é relevante para a morbilidade, mortalidade, adesão às terapêuticas e vice-versa.

Concordamos com Timmermans e Haas (2008) quando dizem que, considerando os desenvolvimentos na ciência e tecnologia e na área da epidemiologia, a sociologia pode e deve participar também na investigação em saúde, os sociólogos devem ser também investigadores em saúde. Efetivamente muitos dos trabalhos de sociologia tendem a ignorar ou omitir a doença enquanto entidade clínica concreta. Esta omissão passa em variados casos por uma “recusa” sociológica em outorgar ou conceder um estatuto ontológico à doença como entidade clínica. Muito devido às teorias do construtivismo social, a sociologia mostra-se, por vezes, relutante a atribuir valor ontológico a condições que são ou parecem naturais para doentes e médicos.

Os trabalhos dos cientistas sociais, sobretudo na sociologia da ciência e do conhecimento, dando um enorme contributo para o conhecimento e debate das questões à volta da doença e medicalização da vida e da sociedade, centraram-se na “fabricação” de categorias de doença (Fox, 1999), na forma como as categorias de diagnóstico emergiram, evoluíram e são fenomenologicamente experimentadas em contextos de saúde particulares, em vez de tomarem o diagnóstico como um ponto de partida e verem como as pessoas abordam os problemas de saúde.

Neste trabalho partilhamos a ideia de uma sociologia não “biofóbica” (Freese, Li & Wade, 2003, p. 234), isto é, cremos que o reconhecimento dos fatores físicos, biológicos e que o reconhecimento da doença como entidade nosológica concreta não desvaloriza os fatores sociais e a importância das experiências pessoais da doença. Fomos para o consultório e falamos com os doentes com base num diagnóstico médico estabelecido, face a uma situação clínica determinada e diferenciada consoante o doente, querendo conhecer como é que os doentes reconstroem esse diagnóstico, a ideia de risco corporal e as recomendações médicas associadas, considerando as suas próprias interpretações e ações quotidianas.

As narrativas de experiência de doença são um elemento fundamental para o conhecimento dos modos de lidar com a doença. A metodologia utilizada, nomeadamente com o uso da entrevista estruturada com base na adaptação do guião MINI, permitiu aceder aos universos interpretativos da HTA por parte das pessoas. A relação estabelecida entre ocorrência da doença e momentos críticos na história de vida, a relação com o regime médico e terapêutica farmacológica, o modo como são apropriados os princípios das restrições alimentares e exultação ao exercício físico, as formas de lidar com a gestão quotidiana e inquietude da doença, são elementos relevantes obtidos através das entrevistas que definem, com bastante acuidade a forma como os doentes mobilizam recursos e sentidos na relação com a sua doença.

Os significados da HTA para cada doente estão imersos na sua história de vida. Encontramos nas entrevistas vários tipos de enredos em volta da hipertensão, ou mais concretamente sobre a reflexão das causas originárias da HTA. As representações da doença residem nestas narrativas, mas sobretudo nas próprias práticas, nos modos de

agir do quotidiano, o que desde logo se distancia da representação médica normativa da doença.

A HTA é entendida como o resultado ou consequência de males e sofrimentos do passado, de excessos de todo o tipo, das preocupações e do trabalho. O “mal-estar” sentido pelas pessoas ganha o estatuto de patologia quando verbalizado pelo médico num diagnóstico de hipertensão. Sendo uma “doença silenciosa”, em muitos casos ficou-se a saber que se tinha hipertensão em contextos de contato com os serviços médicos por outras razões, nomeadamente a ocorrência de AVC. Os hipertensos sinalizam também o início da doença pela prescrição da terapia farmacológica.

Os entrevistados, na sua maioria pessoas com mais de 60 anos, apresentam várias patologias, algumas sem relação direta com a HTA noutros casos interligadas. Este quadro de multipatologias integra um grande consumo de fármacos, o que traduz uma situação comum aos nossos idosos. A relação destas pessoas com o sistema de saúde é estreita, não apenas porque são doentes crónicos, utentes de uma consulta de vigilância médica trimestral ou bimestralmente, mas também pela existência de trajetórias de doença muito longas com períodos de passagens por instituições hospitalares mais ou menos críticos.

A relação destes doentes com a consulta médica que lhes é destinada, consulta específica de HTA, e que ocorre nos Cuidados de Saúde Primários, é muito personalizada na figura do médico. Esta consulta, constituída na implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, destina-se ao acompanhamento dos utentes a quem foi diagnosticada hipertensão arterial, com vista a diminuir o risco de incidência de doença cardiovascular e estabelecer um controlo e vigilância da doença de acordo com as normas da DGS, monitorizar a hipertensão arterial, ensinar o utente hipertenso sobre hábitos de vida saudáveis, nomeadamente alimentação e exercício físico, alertar para as complicações das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco.

Do observado na consulta, pode-se registar um conjunto de gestos e comportamentos reveladores de uma vontade de transição importante mas feita de temporalidades distintas entre o modelo de relação tradicional médico-doente,

descrito por Talcott Parsons, e a implementação de novos procedimentos de acordo com o modelo de parceria, previsto numa consulta centrada no paciente. A maioria dos doentes assume na relação de consulta um papel tradicional e de maior passividade, colocando no médico a responsabilidade de estabelecer o controlo e vigiar. O que os doentes entendem por isso é, basicamente, a medição dos parâmetros biométricos e a prescrição farmacológica e de análises. Parece mesmo haver da parte dos doentes um forte agrado em ter no médico o vigilante da sua saúde.

Controlar e obter receitas são as principais funções atribuídas à consulta pelos consulentes. No caso das consultas observadas, há um esforço do médico no sentido de colocar no doente a responsabilização e apreensão da necessidade de consumos alimentares adequados e exercício físico. Há a preocupação com o uso de linguagem simples, esclarecer dúvidas e ouvir opiniões. Elementos simbólicos do distanciamento face ao doente foram também retirados da consulta tais como a própria bata ou a interposição da secretária. Os hipertensos, valorizando muito a consulta e a pessoa do médico, encaram-na contudo como uma rotina, pela repetição dos gestos e aconselhamentos, e de forma bastante instrumental face à necessidade de renovação das prescrições farmacológicas. Mas a consulta e a relação com o médico têm também para os hipertensos um valor de confiança e de segurança muito grande, o reconhecimento da autoridade epistémica da biomedicina e uma crença profunda no corpo profissional médico, servem de garante de que tudo está bem.

No entanto, apesar de não mostrarem desconfiança perante a informação médica disponibilizada, as pessoas entrevistadas revelaram diversas maneiras pessoais de agir e combinar a informação médica com a sua experiência diária em lidar com a doença e com a terapia farmacológica.

Subsiste, entre os entrevistados, uma imagem muito forte do corpo como máquina e uma representação e hábitos e gostos alimentares que remetem para os universos rurais, em que os consumos alimentares eram valorizados pela abundância e valor energético. Estes hábitos não são favoráveis a uma receção sem contrariedades dos conselhos da nutricionista e das dietas recomendadas que apontam para uma alimentação mais frugal e para a redução ou mesmo abandono de certos alimentos e condimentos que fazem parte do gosto, tais como o pão, as batatas, alimentos

salgados ou ricos em gordura. Para alguns doentes, a dieta é vista como um sacrifício, uma perda de liberdade em se comer o que apetece, impedindo o pleno usufruto das situações de convivialidades muito ligadas à comensalidade.

Também a prática de exercício físico surge como uma “imposição” por razões de saúde, sinónimo de esforço e exigindo uma difícil tarefa de conciliação com as responsabilidades profissionais e familiares. Praticar exercício físico é algo que se apresenta como estando, para além dos hábitos ou rotinas quotidianas, o que revela o carácter sedentário da vida moderna.

A autoavaliação produzida pelos entrevistados, declaradamente negativa, no balanço *do que deveriam fazer e do que fazem*, revela a ideia de incumprimento e consequentes juízos morais relativamente ao seguimento dos princípios higiénicos de vida (restrições alimentares, prática de exercício físico). Como salienta Erving Goffman (1998), há uma dimensão social ou moral nas mensagens sociais generalizadas sobre os princípios salutogénicos de vida, o que justifica o sentimento de culpabilidade expresso pelos hipertensos. A disposição para a prática de comportamentos saudáveis é socializada a um nível cognitivo, como norma complementar ao “modo de vida” e não como dele fazendo parte integrante como disposição interiorizada. Nessa medida, tal disposição não tem força para se impor a outras instaladas e facilitadas pelo hábito, o que provocando incoerência entre a disposição (conhecimento) e a prática (ação) é geradora desses sentimentos de culpa ou mesmo falha.

Os hipertensos abordam as recomendações médicas relativas aos hábitos de vida através da ideia de “moderação” e “ter cuidado”. O conceito de moderação e de equilíbrio surge muitas vezes, funcionando como um mecanismo de operacionalização entre aquilo que é a recomendação médica e a prática, nomeadamente no que respeita aos consumos alimentares e alcoólicos. Tal como com o princípio do “meio sal”, permite-se que se façam determinadas opções alimentares consideradas más ou erradas mas mais desejadas ou do gosto particular, desde que consumidas com moderação. Esta utilização do princípio da moderação é concordante com variados provérbios populares tais como *“perdoa-se o mal que faz pelo bem que sabe”*; *“pouco veneno não mata”*. Ter moderação, “não abusar”, revela capacidade de autocontrolo, o que é visto como uma virtude enquanto a falta de limites é moralmente reprovável.

A maioria dos entrevistados apresenta-se a si mesmo como usando de moderação, sendo usual reconhecer-se nos outros a falta dessa mesma capacidade. Os excessos, por sua vez, são encarados como origem de más consequências para a saúde, porém ocasionalmente permitidos como “rituais de libertação” (Backett, 1992) em ocasiões de festa e celebração. As ideias de moderação, equilíbrio e “ter cuidado” vão sendo usadas assim no sentido de observar alguma conformidade com os conselhos de saúde mas jogando com a liberdade pessoal de se poder comer e beber o que se quiser.

A análise dos discursos dos hipertensos mostra como a alimentação é uma prática social em que se espelha a cultura e a organização da sociedade e como o gosto se constrói por relação com o grupo mas se recria pela ação dos sujeitos, se essa for a sua prática. Os hipertensos reconhecem a possibilidade de fazer escolhas, quer ao nível da alimentação quer da prática de desporto, mas percecionam-nas como resultado de um esforço da vontade contra as tendências estruturais da organização do trabalho e do consumo e, consequentemente, difíceis de levar à prática.

Sendo doentes crónicos e de risco cardiovascular acrescido, os entrevistados avaliam-se de forma positiva no que respeita à sua saúde, o que é comum com o descrito em outros estudos em que mesmo as pessoas com sintomas definidos como doença consideram a sua saúde como boa (Scambler, 1993; Elias & Lowton, 2014). Ao longo das entrevistas, parece ser claro que há leituras muito distintas no que respeita à doença e ao estar doente. Existem as “verdadeiras doenças” ou doenças sérias, as “doenças normais” que surgem com a idade e, portanto, que fazem parte do envelhecimento, e há “problemas” ou situações que não chegam bem a ser considerados doença porque são coisas passageiras que acabam por se resolver em casa sem necessidade de recorrer ao médico.

Para os hipertensos entrevistados o cancro e a diabetes são doenças sérias. Os diabetes são referidos com grande apreensão. A isto não é alheio o conhecimento de pessoas diabéticas entre familiares e amigos. As “tensões altas”, “dores nos ossos”, “falta de forças” são vistas como manifestações normais da idade, não sendo reconhecidas como verdadeiras doenças.

As verdadeiras doenças, como é o caso da diabetes, inspiram muito medo, o que não sucede com a HTA, embora a sua perigosidade seja reconhecida ao nível das

possibilidades das consequências, o AVC ou “ataque”. A afirmação dos riscos associados à hipertensão surgiu quase sempre através da referência de exemplos de situações de familiares ou conhecidos que sofreram um AVC. Mas a importância atribuída à hipertensão como fator de risco é inequívoca para aqueles que eles próprios já tiveram uma situação mais grave de acidente.

A etiologia leiga em torno da HTA revela-se muito rica em metáforas com a sociedade moderna. Embora reconhecendo causas para a doença de ordem natural como a hereditariedade, o envelhecimento, e mesmo a relação com práticas alimentares, a HTA é sobretudo entendida como uma doença derivada do *stress*, potenciada pela vida do mundo moderno. A representação que os hipertensos têm da doença é que a hipertensão é uma doença do mundo moderno, resultante dos excessos de toda a ordem que o caracterizam. Os fatores sociais assumem assim um grande papel justificativo do elevado número de pessoas com hipertensão. A sociedade moderna revela-se uma ameaça para o equilíbrio necessário à manutenção da boa saúde. Se a ameaça do *stress* reside no contexto em que se vive, já os “nervos” e o “feitio” são intrínsecos à pessoa e podem resultar também em hipertensão.

Doenças multifatoriais como a HTA são difíceis de explicar e, por outro lado, a experiência conhecida pelos hipertensos mostra que as causas apontadas para a ocorrência da doença (tabagismo, sedentarismo, obesidade) e do AVC nem sempre têm lugar. Por isso, para muitos a HTA é algo inexplicável, uma alteração corporal sem ligação a fatores particulares.

O reconhecimento dos diferentes entendimentos da HTA que os hipertensos possuem é fundamental para a compreensão das práticas e das lógicas com que lidam ou gerem a doença. Mas também o é saber que viver com hipertensão e, sobretudo com a experiência feita do risco de AVC, se constitui numa vivência da angústia e da inquietude provocada pela incerteza e medo. O conhecimento dos riscos tem sobre os indivíduos um efeito de angústia ao que se junta a responsabilização pelo cuidado de si e de autovigilância do corpo. Os riscos corporais, como a hipertensão crónica, significam simultaneamente uma “desordem” no presente e a ameaçadora probabilidade de “desordens” futuras (Kavanagh & Broom, 1998). Porque se tratam de ameaças que residem no próprio corpo, a sua gestão tem de passar pela medicina e

por ações concretas do indivíduo que visem o controlo da doença mediante a adoção de práticas de vida adequadas e a toma correta da medicação. Encontramos modos distintos de lidar com a situação, tal como de a interpretar.

Encontramos uma pluralidade de modos de viver e ser hipertenso que caracterizamos, para facilidade de análise, em “tipos” de doentes: doentes “pró ativos”, doentes “cumpridores”, doentes “que não se dão à doença” e doentes “distanciados”. Os primeiros distinguem-se pela atitude de implementação autónoma de medidas terapêuticas de vida por relação com a condição consciente do perigo e necessidade de controlo da doença, contrariamente aos restantes em que a essa ação ou mobilização pessoal para ela não se encontra presente. Mais relevante para estes diferentes posicionamentos dos doentes hipertensos do que a condição na doença (ter tido ou não AVC), parecem ser as condições de vida de que as pessoas dispõem para o cuidado de si, considerando aqui a importância da escolarização, das condições económicas e laborais e mesmo o ambiente e responsabilidades familiares. A saúde como prioridade, sendo uma afirmação consensual, nas práticas quotidianas acaba subordinada à organização dos tempos, aos desejos de fruição de prazeres imediatos como os proporcionados pela alimentação, à ausência de recursos, de vontade ou ânimo.

As escolhas não são sempre produto de decisões conscientes (e, sobretudo, são condicionadas pela verdadeira possibilidade de escolha) e as ações quotidianas regem-se sobretudo pelos hábitos das rotinas instaladas. Hábitos, recursos, fatores materiais e experiências acumuladas, condicionam o que fazemos (Bauman & May, 2001). Acrescendo ainda as emoções. As preocupações com o futuro são não apenas um privilégio de quem tem o presente assegurado como de quem, com segurança pode pensar de forma positiva esse futuro o que, por sua vez, mobiliza a ação presente pela confiança nele depositada.

Os comportamentos dos hipertensos podem passar por assumir o controlo dos fatores potenciadores do risco ou ignorá-los. Como todos nós, afinal, também estas pessoas oscilam entre as preocupações com a saúde e o “não querer pensar nisso”. A doença, colocando em jogo o corpo e a vida, é uma ameaça que mesmo desejando não podemos desconsiderar. Pensamos como se fôssemos rodeado por círculos, em que o



mais longínquo é um mistério desconhecido e os mais próximos são mais seguros e familiares (*Ibidem*). A inquietação provocada pela segurança oncológica em risco pode justificar, para alguns doentes, que queiram manter-se apenas a pensar no presente enquanto a ideia de prevenção e as recomendações médicas remetem para que se preocupem com o futuro.

A avaliação do corpo como tarefa a cumprir, que requer atenção diária, para o qual há propósitos definidos (em termos de peso, de valores de tensão arterial, glicémia, colesterol, boa forma física) é para alguns hipertensos um propósito voltado ao falhanço desde o princípio, uma obrigação que não querem nem vêem como podendo cumprir considerando sobretudo a atribuição dos problemas do corpo ao envelhecimento. Podemos dizer que muitos hipertensos rejeitam a apreensão que a nossa relação moderna com o corpo nos traz, o que se revela contrário àquilo que a clínica lhes pede e que é precisamente a autovigilância preventiva e permanente e a não “contaminação” pelos consumos.

A adoção de um estilo de vida saudável assume esta centralidade sobre o corpo, individualizando e internalizando normas médicas e sociais, e neste aspeto coloca-se no corpo o peso da ansiedade. Porém, o corpo é também lugar de prazer, de que a fruição de comidas e bebidas é parte importante. Alguns hipertensos revelam uma disposição mais “presente centrada” em que a preocupação com a cultura do corpo, enquanto medida higienista de saúde, é secundarizada. Há um sentimento de perda e resignação face ao processo de envelhecimento e diminuição das capacidades físicas.

Para os doentes hipertensos com que falamos, a HTA, no que para si significa, é colocada no contexto específico do que é e do que foi a sua vida. As narrativas das entrevistas confirmam que, para além de configurar uma experiência social, a doença constitui uma experiência bastante íntima e pessoal, de modo que investigar os modos como as pessoas explicam e atribuem sentido às suas experiências com a HTA só foi possível falando com as próprias.

Revelaram-se vários tipos de racionalidades e valorações que integram o conhecimento leigo e as práticas dos hipertensos. Detendo-se a atenção às operações ordinárias dos “*acteurs eux-mêmes*” (Boltanski, 2009), além de se incorporar e

reconhecer o pluralismo existente (seja ele valorativo ou relativo aos modos ou regimes de agência) nos atores e no próprio mundo social, constatamos a capacidade dos doentes hipertensos construírem para si formas de gestão da doença e do medo. O julgamento avaliativo que estas pessoas fazem da sua condição face à doença e da normatividade médica orienta o modo como estabelecem uma relação de “implicação” (*engagement*) e de coordenação com o ambiente envolvente, nomeadamente com a consulta e as prescrições médicas.

A questão da valoração, na sua relação com a ação (e as linguagens), crucial na sociologia pragmática desenvolvida por Luc Boltanski e Laurent Thévenot, onde é de facto entendida como resultado de um julgamento avaliativo através do qual os agentes enquadram uma dada situação tendo em vista o desempenho “da ação apropriada” (Boltanski & Thévenot, 2006; Thévenot, 1990), é um aspeto que emergiu neste trabalho como muito importante. Como proposta para desenvolvimento em investigações futuras deverá ser considerado o aprofundamento desta relação entre processos de valoração e ação pelos doentes, utilizando os contributos da sociologia pragmática.

Como indicação de outros trabalhos neste campo, seria ainda interessante estender a metodologia de recolha de dados à realização de *focus group*, proceder a estudos longitudinais, a investigações que explorassem a diferenciação das experiências de doença em termos de género e de níveis de escolarização e literacia. Consideramos que seria também importante ter estudos comparativos com outros doentes, nomeadamente com doenças crónicas, como por exemplo a diabetes.

A análise sociológica relacionada com comportamentos na doença crónica é pouco explorada. Os trabalhos da sociologia da saúde e da doença têm-se debruçado sobre as consequências disruptivas das doenças ou às representações relativas à doença e saúde em termos de conhecimentos leigos e práticas de saúde (Backett, 1992; Lupton & Chapman, 1995; Silva, 2008).

Fazer sociologia da doença, que inevitavelmente visa os comportamentos dos doentes e as práticas médicas, não se apresenta como tarefa simples. São inúmeras as dificuldades com que uma investigação sociológica ou antropológica se depara neste campo, desde a dificuldade de apreensão do léxico próprio de outra área do saber às

dificuldades de acesso às pessoas e às interações. Os contributos que daí podem advir justificam, no nosso entender, a continuidade e pertinência de trabalhos como o que realizamos.

O estudo aqui levado a cabo é um exemplo de como podemos e devemos pensar a articulação entre as dimensões experienciais da doença e conhecimento biomédico em relação a condições estabelecidas como prioridades do Sistema Nacional de Saúde e operacionalizadas pelos serviços de saúde e profissionais, como é o caso do acompanhamento dos hipertensos nos Cuidados de Saúde Primários.

Os contributos resultantes do conhecimento das representações e práticas dos doentes hipertensos utentes da consulta de HTA são de vária ordem. Confirma-se aquilo que vasta literatura sobre os saberes leigos e abordagens antropológicas mostram relativamente à importância da compreensão dos comportamentos de doença face aos contextos sociais e culturais dos indivíduos. Mostra-se como as representações e os comportamentos integram as práticas quotidianas dos doentes, produzidas por rotinas instaladas e socialmente diferenciadas; como os valores, as prioridades e os recursos dos doentes, interferem nos seus processos de escolha; entre outros contributos de informações específicas sobre as representações e práticas dos hipertensos já mencionados.

Entende-se, portanto, que os estudos das ciências sociais sobre as experiências de doença podem ser utilizados para melhorar os serviços. A integração e consideração dos conhecimentos fornecidos por estes trabalhos pelos profissionais de saúde deverá servir para um melhor entendimento das ações dos doentes, contribuindo para o desenvolvimento, conjuntamente com os doentes, de estratégias de resposta à doença assentes numa comunicação mais efetiva. Por exemplo, ainda uma maior atenção aos aspetos relacionados com a vida do doente em geral, melhoraria não apenas os aspetos interpessoais, tão importantes para os doentes, como poderia, eventualmente, servir de ferramenta para uma maior aproximação do doente ao cumprimento de prescrições médicas importantes, sobretudo ao nível das mudanças alimentares e prática de exercício físico.

Na era da medicina baseada na evidência, os responsáveis políticos e profissionais de saúde devem usar a evidência das experiências dos doentes para

melhorar os serviços, criar modelos de cuidados mais inclusivos e participados pelos doentes de modo que estes serviços satisfaçam melhor as necessidades dos doentes que atendem e cumpram os objetivos que se propõem. Poder-se-ia considerar, por exemplo, para além da consulta específica de HTA, a criação de momentos de partilha de experiências entre os doentes hipertensos, considerando que o pensamento analógico, a comparação e a utilização das experiências de outros, se revelou importante na construção das interpretações que os doentes fazem da HTA e do AVC.

As análises produzidas pelas ciências sociais, nomeadamente pela sociologia, são uma necessidade tendo em vista o conhecimento mais fundamentado daquilo que verdadeiramente são as necessidades de cuidados de saúde destas pessoas, que uso é feito desses cuidados e como melhorá-los. Este conhecimento do viver da doença e dos seus entendimentos é de maior importância para as equipas de saúde ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, pois é aí que encontramos uma relação de grande proximidade e de continuidade entre corpo clínico e doentes.

A compreensão da ocorrência das doenças em termos de risco trouxe à experiência de doença um acréscimo de conotações morais, um dever ou obrigação de saúde, vista em termos de força de vontade, autodisciplina, autocontrolo, de racionalidade. Na conclusão do trabalho que se apresenta, fica-se ciente de que o exemplo do vivido pelos doentes hipertensos ilustra a existência de uma pluralidade de leituras sobre a doença, o corpo e a racionalidade dos comportamentos face ao risco de doença que, não deixando de ser influenciada pela forte presença do regime médico, coexiste com este e é determinante no modo como as pessoas pensam o corpo e a doença, sendo essas leituras coerentes com interpretações mais abrangentes da própria vida e da inquietude ou controlo que se pode pensar ter sobre ela.

## BIBLIOGRAFIA

- Adams, S., Pill, R., & Jones, A. (1997). Medication, chronic illness and identity: The perspective of people with asthma. *Social Science & Medicine*, 45(2), 189-201.
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC). (2010). *Perfil de saúde da Região Centro - 2010*. Coimbra: ARSC. Obtido em 24 de novembro de 2013, de [http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/perfil%20de%20saude%20da%20ARSC%20IP\\_2010.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/perfil%20de%20saude%20da%20ARSC%20IP_2010.pdf)
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC). (2011). *Plano de Desempenho ACES Baixo Mondego I*. Coimbra: Administração Regional da Saúde do Centro - Ministério da saúde. Retrieved fevereiro 23, 2014, from <http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20Interna/Plano%20de%20Desempenho/BM1%20PD%202011.pdf>
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC). (2013). *Plano de Atividades 2013*. Coimbra: ARSC. Obtido em 24 de novembro de 2013, de [http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/Plano%20de%20atividades%202013\\_ARSC.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/Plano%20de%20atividades%202013_ARSC.pdf)
- Alaszewski, A., & Brown, P. R. (2007). Risk, Uncertainty and Knowledge. *Health, Risk & Society*, 9(1), 1-10.
- Almeida, J. F. (1990). *Portugal. Os próximos 20 anos. Valores e representações sociais*. VII Volume. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Almeida, M. V. (1995). *Senhores de si. Uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Afrontamento.
- Alves, J. (2011). Vidas de cuidado(s): uma análise sociológica do papel dos cuidadores informais. *Dissertação de Mestrado em Sociologia*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Andrade, P. (1991). A taberna mediática. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, 265-286.
- André, S. M., Nunes, M. M., Martins, M. M., & Rodrigues, V. M. (2013). Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Referência - Revista de Enfermagem*, 11(IIIª Série), 85-94.
- Andreassen, H. K., & Trondsen, M. (2010). The Empowered Patient and the Sociologist. *Social Theory & Health*, 8(3), 280-287.
- Araújo, Paúl, C., & Martins, M. I. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. *Referência - Revista de Enfermagem*, 2(IIIª Série), 45-53.

- Araújo, T. L., Arcuri, E. A., & Martins, E. (1998). Instrumentação na medida da pressão arterial: aspectos históricos, conceituais e fontes de erro. *Rev. Esc. Enf. USP*, 32(1), 33-41.
- Ariès, P. (1989). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema.
- Armstrong, D. (1995). The Rise of Surveillance Medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17, 393-404.
- Associação Portuguesa de Sociologia. (2008). *Código Deontológico - APS - Associação Portuguesa de Sociologia*. Obtido em 9 de setembro de 2012, de Associação Portuguesa de Sociologia: <http://www.aps.pt/?area=102&mid=001&sid=005>
- Audulv, A., Asplund, K., & Norbergh, G. K. (2010). Who's in Charge? The Role of Responsibility Attribution in Self-management among People with Chronic Illness. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 94-100.
- Augè, M. (1984). Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement. In M. Augè, & C. Herzlich (Orgs.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 35-91). Paris: Éditions des Archives Contemporaines.
- Augè, M., & Herzlich, C. (1984). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.
- Backett, K. (1992). Taboos and excesses: lay health moralities in middle class families. *Sociology of Health and Illness*, 14, 255-274.
- Ballard, K. (2004). Illness behaviour. In J. Gabe, M. Bury, & M. A. Elston (Orgs.), *Key Concepts in Medical Sociology* (pp. 63-68). Londres: Sage.
- Bandeira, A. M. (2008). *As necessidades dos cuidadores informais. Estudo na área do envelhecimento*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Barbot, J. (2002). *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris: Editions Balland.
- Bardin, L. (2008 [1979]). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauman, Z. (2007a). *A vida fragmentada. Ensaio sobre a moral pós-moderna*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Bauman, Z. (2007b). *Modernidade e ambivalência*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Bauman, Z., & May, T. (2001). *Thinking sociologically*. Malden: Blackwell Publishing, 2nd ed.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. Londres: Sage.
- Becker, H. (2008 [1963]). *Outsiders. Estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bénatouil, T. (1999). A tale of two sociologies: The critical and the pragmatic stance in contemporary french sociology. *European Journal of Social Theory*, 2(3), 379-396.
- Berg, M., & Mol, A. (1998). (Eds.). *Differences in medicine. Unraveling practises, techniques, and bodies*. Durham and London: Duke University Press.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1998). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Biehl, J., Good, B., & Kleinman, A. (2007) (Orgs.). *Subjectivity: Etnographic investigation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bifulco, A. (2004). Life events. In J. Gabe, M. Bury, & M. A. Elston (Orgs.), *Key concepts in medical sociology* (pp. 45-50). Londres: Sage.
- Biscaia, A. R. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 67-79.

- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Ferrinho, P., Gonçalves, I., Antunes, A. R., & Carreira, M. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais, 2ª edição.
- Blaxter, M. (1998). *Health and lifestyles*. Londres: Routledge.
- Blokker, P. (2011). Pragmatic sociology: Theoretical evolvement and empirical application. *European Journal of Social Theory*, 14(3), 251-261.
- Boltanski, L. (2009). *De la critique: Précis de sociologie de l'émancipation*. Paris: Gallimard.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (2006). *On justification: Economies of worth, Princeton: Princeton University Press*. Paris: Gallimard [Primeira edição francesa: De la Justification. Les Economies de la grandeur, Paris, 1991].
- Booth, J. (1977). A short history of blood pressure measurement. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 70(11), 793-799.
- Bourdieu, P. (1994 [1989]). *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, (3ª ed.).
- Bourdieu, P. (1998). *Practical reasons. On the theory of action*. Stanford - California: Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (2003). *Questões de sociologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Bourdieu, P. (2006 [1979]). *A distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre: Ed. Zouk.
- Britten, N. (1994). Patients' ideas about medicines: A qualitative study in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 44, 465-468.
- Brown, R. H. (1977). *A poetic for sociology: Toward a logic of discovery for the human sciences*. MA: Harvard University Press. Nova Iorque, Cambridge: Harvard University Press.
- Burton-Jeangros, C. (2004). *Cultures familiales du risque*. Paris: Anthropos.
- Bury, M. (2000 [1997]). *Health and illness in a changing society*. Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as a biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 13, 451-68.
- Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*, 23, 263-285.
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges*. Copenhaga: European Observatory on Health Systems and Policies - Organização Mundial de Saúde.
- Cabral, J. d. (2003). *O homem na família. Cinco ensaios de antropologia*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Cabral, M. V., Silva, P. A., & Mendes, H. (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Calnan, M. (1987). *Health and illness: The lay perspective*. Londres: Tavistock Publications.
- Calnan, M. (1990). Food and health: a comparison of beliefs and practices in middle-class and working-class households. In S. Cunningham-Burley, & N. P. McKeganey (Orgs.), *Readings in Medical Sociology* (pp. 9-36). Londres e Nova Iorque: Tavistock/Routledge.

- Calnan, M., & Williams, S. (1991). Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socioeconomic circumstances. *Sociology of Health and Illness*, 13(4), 506-529.
- Campos, A. (2013a, março 3). *Quase metade dos portugueses sofre de hipertensão*. Retrieved fevereiro 16, 2014, from O Público: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/quase-metade-dos-portugueses-sofre-de-hipertensao-1586441>
- Campos, A. (2013b, março 4). *Número de hipertensos controlados quadruplicou numa década*. Retrieved fevereiro 16, 2014, from O Público: <http://www.publico.pt/portugal/jornal/numero-de-hipertensos-controlados-quadruplicou-numa-decada-26160281>
- Canguilhem, G. (1982). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carapinheiro, G. (1991). Poder médico e poder administrativo no quotidiano hospitalar. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, 83-91.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- Centemeri, L., & Caldas, J. C. (2013). *A escolha apesar da (in)comensurabilidade*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-0105493>
- Certeau, M. d. (1998). *A invenção do quotidiano*. Petrópolis: Ed. Vozes, 3ª ed.
- Chartier, R. (1998). Formação social e «habitus»: uma leitura de Norbert Elias. In Roger Chartier, *A história cultural. Entre práticas e representações* (pp. 91-119). Lisboa: Difel.
- Clamote, T. (2009). *Associações de doentes e protagonismo leigo na regulação da saúde*. Coimbra: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Clarke, A., Mamo, L., & Fosket, J. R. (2010) (Orgs.). *Biomedicalization: Technoscience, health, and illness in the U.S.* Durham: Duke University Press.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P. (1994). Wellness as virtue: Morality and the pursuit of health. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18(3), 385-401.
- Conrad, P. (1997). The meaning of medications: another look at compliance. *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, 147-158.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1986). Accompaniments of chronic illness: Changes in body, self, biography, and biographical time. In J. Roth, & P. Conrad (Orgs.), *Research in the Sociology of Health Care* (pp. 249-281, Vol. 6). Greenwich, CT: JAI Press.
- Corrêa, D. S. (2010). de Luc Boltanski. De la Critique: Précis de Sociologie de l'émancipation. *Sociedade e Estado*, 589-600.
- Correia, J. C. (2001). Max Weber e a Teoria Crítica. Para uma reformulação do conceito de racionalização. *Textos de Trabalho*, nº 8, Centro de Estudos Sociais da UBI.
- Costa, L. (2012). Ventos do mal. Sopro da cura: cosmovisão, doença e cura entre os Felupes da Guiné-Bissau. *Antropologia Portuguesa*, 29, 25-48.
- Craig, R. S., Chase, L., & Lama, T. N. (2010). Taking the MINI to Mustang, Nepal: Methodological and epistemological translations of an illness narrative interview tool. *Anthropology and Medicine*, 17(1), 1-26.



- D' Houtaud, A., & Field, M. G. (1989). *La santé: Approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*. Nancy: Press Universitaires de Nancy.
- Davison, C., Smith, G. D., & Frankel, S. (1991). Lay epidemiology and the prevention paradox: The implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health & Illness*, 13(1), 1-19.
- Deslauriers, J., & Kérisit, M. (2008). O delineamento da Pesquisa Qualitativa. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & Á. P. Pires, *A Pesquisa Qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 127-153). São Paulo: Ed. Vozes.
- Dewey, J. (1958). *Experience and nature*. Nova Iorque: Dover Publications.
- Diário da República. (2003, agosto 22). Despacho do Ministro da Saúde número 16415/2003. *Aprova o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, II Série*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Diário da República. (2006, janeiro 12). Despacho número 766/2006 do Alto Comissário da Saúde. *Aprova algumas alterações ao conteúdo do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, II Série, número 9*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Diário da República. (2004, janeiro 28). Despacho n.º 1916/2004 do Senhor Ministro da Saúde. *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, II Série, número 23*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Diário da República. (2009, agosto 12). Lei n.º 75/2009. Estabelece normas com vista à redução do teor de sal no pão. *I Série, número 155*, Assembleia da República. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219.
- Dingwall, R. (1980). Ethics and ethnography. *Sociological Review*, 28(4), 871-891.
- Dingwall, R. (2001). *Aspects of illness* (2nd. Ed.). Cardiff: Ashgate Publishing.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2006). *Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde, Circular normativa N.º: 03/DSPCS, (institui a consulta específica HTA).
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. <http://pns.dgs.pt/>
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2013a). *Portugal: Alimentação Saudável em Números*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2013b). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2015). *A saúde dos portugueses*. Retrieved março 16, 2015, from <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-saude-dos-portugueses.aspx>
- Dodier, N. (1993). Action as a combination of 'common' worlds. *Sociological Review*, 41(3), 556-571.
- Dodier, N. (2003). *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris: Ed. De L'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Dominiczak, A. F., Negrin, D. C., Clark, J. S., & Brosnan, M. J. (2000). Genes and hypertension: From gene mapping in experimental models to vascular gene transfer strategies. *Hypertension*, 35, 164-72.

- Douglas, M. (1986). *Risk acceptability according to the social sciences*. Londres: Routledge e Kegan Paul.
- Douglas, M. (1994 [1992]). *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres: Routledge.
- Douglas, M., & Wildavsky, A. (1983). *Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley: University of California Press.
- Elias, N. (1989). *O processo civilizacional: investigações sociogenéticas e psicogenéticas*. Lisboa: D. Quixote.
- Elias, T., & Lowton, K. (2014). Do those over 80 years old seek more or less medical help? A qualitative study of health and illness beliefs and behavior of the oldest old. *Sociology of Health & Illness*, 36(7), 970-985.
- Eurobarometer. (2014). *Sport and Physical Activity Report*. Bruxelas: European Commission - Directorate-General for Communication (DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit).
- Evans-Pritchard, E. (1978). *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Faircloth, C. A., Boylstein, C., Rittman, M., Young, M. E., & Gubrium, J. (2004). Sudden illness and biographical flow in narratives of stroke recovery. *Sociology of Health & Illness*, 26(2), 242-261.
- Fassin, D. (1996). *L' espace politique de la santé: essai de généalogie*. Paris: PUF.
- Faubion, J. D., & Marcus, G. E. (2009) (Orgs.). *Fieldwork is not what it used to be: learning anthropology's method in a time of transition*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Fernandes, A. T. (1997). Ritualização da comensalidade. *Sociologia*, 7, 7-30.
- Ferreira, R. (2007). Consumo crónico de medicamentos na população de um Centro de Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 125-135.
- Fielding, N., & Lee, R. (1998). *Computer analyses and qualitative Research*. Londres: Sage.
- Fieldman, E. A., & Bayer, R. (2004). *Unfiltered. Conflicts over tobacco policy and public health*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Fontes, F., & Martins, B. S. (2015). Deficiência e inclusão social. Os percursos da lesão medular em Portugal. *Sociologia Problemas e Práticas*, 77, 153-172.
- Foucault, M. (1989). *História da Loucura, São Paulo, Editora Perspectiva*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Foucault, M. (1993). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 10ª ed.
- Foucault, M. (1994). *O Nascimento da clínica* (4ª ed. ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2007). *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, vol. 1.
- Foucault, M. (2008). *Le gouvernement de soi et des autres. Cours au Collège de France, 1982-83*. Paris: Editions de l'EHESS/Le Seuil.
- Foucault, M. (2010). *Nascimento da biopolítica*. Lisboa: Edições 70.
- Fox, N. J. (1999). *Beyond health. Postmodernism and embodiment*. Londres: Free Association Press.
- Frank, A. (. (1997). *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.

- Frank, A. (2010). *Letting stories breathe: a socio-narratology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freese, J., Li, J.-C. A., & Wade, L. D. (2003). The potential relevances of biology to social inquiry. *Annual Review of Sociology*, 29, 233–256.
- Friedson, E. (2001). *Professionalism, the third logic – on practice of knowledge*. Cambridge: Polity Press.
- Gabe, J. (1995). Health, medicine and risk: the need for a sociological approach. In G. Jonathan, *Medicine, Health and Risk: Sociological Approaches* (pp. 1-17). Oxford: Blackwell.
- Gabe, J. (2004a). Medicalisation. In J. Gabe, M. Bury, & M. A. Elston (Orgs.), *Key concepts in medical sociology* (pp. 59-63). Londres: Sage.
- Gabe, J. (2004b). Risk. In J. Gabe, M. Bury, & M. A. Elston (Orgs.), *Key concepts in medical sociology* (pp. 87-91). Londres: Sage.
- Gascón, J. J., Sánchez-Ortuño, M., Llor, B., Skidmore, D., & Saturno, P. J. (2004). Why hypertensive patients do not comply with the treatment. Results from a qualitative study. *Family Practice*, 21(2). doi:10.1093/fampra/cmh202
- Gaudillière, J. (2002). *L'invention de la biomédecine: La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*. Paris: La Découverte.
- Genard, J.-L. (2011, julho 6). Investiguer le pluralisme de l'agir. *Sociologies [Grands résumés, L'Action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement]*. Retrieved abril 26, 2014, from <http://sociologies.revues.org/3574>
- Genova, A. (2014). Health risk. In A. C. Michalos (Org.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 2743-2744.). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Gibbs, G. R. (2007). *Analysing qualitative data*. Londres: Sage.
- Giddens, A. (1994). *Modernidade e identidade pessoal*. Oeiras: Celta.
- Giddens, A. (1996). *Consequências da modernidade*. Oeiras: Celta.
- Giddens, A. (2000a). *Dualidade da estrutura – Agência e estrutura*. Oeiras: Celta.
- Giddens, A. (2000b). *O mundo na era da globalização*. Lisboa: Presença.
- Giddens, A. (2003). *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Gilbert, S. F., & Epel, D. (2008). *ecological developmental biology*. Sunderland, MA: Sinauer Associates.
- Goffman, E. (1998). *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Good, B. J. (2008 [1994]). *Medicine, rationality, and experience : an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 2ª ed. .
- Groleau, D., Whitley, R., Lespérance, F., & Kirmayer, L. J. (2010). Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health and Place*, 16, 853-860.
- Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. *Transcultural Psychiatry*, 43(4), 671–691.
- Guerra, I. (2012). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Cascais: Princípio.

- Haskins, C., & Seiple, D. I. (1999) (Orgs.). *Dewey reconfigured: Essays on deweyan pragmatism*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Helman, C. (2000 [1984]). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Hennion, A. (2005). Pragmatics of taste. In M. Jacobs, N. Hanrahan (Eds.). *The Blackwell companion to the sociology of culture* (pp. 131-144). Oxford: Blackwell.  
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00193146/document>
- Neves, J. P., & Neves, P. R. (2010). A individuação (eco)sociológica na pós-modernidade. *Comunicação e Sociedade*, vol.18, 179-192.  
<http://revistacomsoc.pt/index.php/comsoc/article/view/997/964>
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: A socio-psychological approach*. Londres: Academic Press.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot.
- Hespanha, M. J. (1987). O corpo, a doença e o médico: representações e práticas sociais numa aldeia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 195-210.
- Heyman, B., Alaszewski, A., & Brown, P. (2012). Health care through the 'lens of risk' and the categorisation of health risks – An editorial. *Health, Risk & Society*, 14(2), 107-115.
- Illich, I. (1975). *Nemesis Médical – L'expropriation de la Santé*. Paris: Seuil.
- Instituto Nacional de Estatística (INE), Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge INSA. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006*. Lisboa: INE e INSA. Retrieved outubro 23, 2012, from  
[http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS\\_05\\_06.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf)
- International Sociological Association. (2001). Code of Ethics Approved by the ISA Executive Committee, Fall 2001. Obtido em 9 de setembro de 2012, de International Sociological Association: [http://www.isa-sociology.org/about/isa\\_code\\_of\\_ethics.htm](http://www.isa-sociology.org/about/isa_code_of_ethics.htm)
- Jaccoud, M., & Mayer, R. (2008). A observação direta e a pesquisa qualitativa. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & Á. P. Pires, *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 254-294.). São Paulo: Ed. Vozes.
- Jaspers, K. (1998 [1986]). *O médico na era da técnica*. Lisboa: Edições 70.
- Jean-Louis, G., & Fabrizio, C. (2008, abril 27). Êtres capables et compétents: lecture anthropologique et pistes pragmatiques. *Sociologies [Théories et recherches]*. Retrieved abril 26, 2014, from <http://sociologies.revues.org/1943>
- Joaquim, T. (2000). Saúde das mulheres. Cuidar dos outros, cuidar de si. *Ex aequo*(2/3), 191-204.
- Joas, H. (2005 [1996]). *The creativity of action*. Cambridge: Polity Press.
- Joas, H. (2000). *The genesis of values*. Cambridge: The University of Chicago Press.
- Joas, H., & Knöbl, W. (2010). *Social theory. Twenty introductory lectures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jodelet, D. (1996 [1984]). Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Dir.), *Psychologie sociale* (pp. 47-78). Paris: Presses Universitaires de France.

- Jones, D. S., Podolsky, S. H., & Greene, J. A. (2012). The burden of disease and the changing task of medicine. *The New England Journal of Medicine*, June 21, 2333-2338.
- Jornal Público, (2010, agosto 12), *Portugal entre os primeiros a ter uma lei que limita sal no pão. Excesso de sal no pão dá multas até 5 mil euros a partir de hoje*. Retrieve fevereiro 12, 2014, from O Público: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/excesso-de-sal-no-pao-da-multas-ate-5-mil-euros-a-partir-de-hoje-1451023>
- Jutel, A. (2010). Medically unexplained symptoms and the disease label. *Social Theory & Health*, 8(3), 229-245.
- Kavanagh, A. M., & Broom, D. (1998). Embodied risk: My body, myself? *Social Science and Medicine*, 46(3), 437-444.
- Keating, P., & Cambrosio, A. (2003). *Biomedical platforms: Realigning the normal and the pathological in late-twentieth-century medicine*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: the solid facts*. Geneva: WHO Regional Office for Europe.
- Kirmayer, L. J., Young, A., & Robbins, J. M. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(10), 584-595.
- Kirmayer, L., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420-430.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1989). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Nova Iorque: Basic Books.
- Knowles, J. (1977). The responsibility of the individual. *Daedalus*, 106(1), 57-80.
- Lahire, B. (2005). Patrimónios individuais de disposições: Para uma sociologia à escala individual. *Sociologia Problemas e Práticas*(49), 11-42.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved março 19, 2014, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lamont, M. (2012). Toward a comparative sociology of valuation and evaluation. *Annual Review of Sociology*(38), 201-221.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Leandro, M. E., Leandro, A. S., & Henriques, V. B. (2010). Alimentação familiar os fabulosos odores, (dis)sabores e saúde. *Sociologia, Problemas e Práticas*(62), 57-80.
- Leandro, M. E., Nossa, P. N., & Rodrigues, V. T. (2009). *Saúde e sociedade. Os contributos (in)visíveis da família*. Viseu: Psicosoma.
- Leite, S. N. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: Elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.
- Lenoir, R. (1998). Objecto sociológico e problema social. In P. Champagne, R. Lenoir, D. Merlié, & L. Pinto, *Iniciação à prática sociológica* (pp. 59-106). Petrópolis: Editora Vozes.
- Lewins, A., & Silver, C. (2007). *Using software in qualitative research: A step-by-step guide*. Londres: Sage.

- Lopes, J. C. (2015). *AVC é uma bomba-relógio*. Retrieve março 2015, from O Público: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/campanha-mais-agressiva-alerta-para-os-riscos-do-avc-1690845#content>
- Lopes, N. M. (2001). *Recomposição profissional da enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto.
- Lopes, N. M. (2003). *Automedicação. Práticas e racionalidades sociais*. Lisboa: Tese de Doutoramento, ISCTE.
- Lopes, S. M. (2013). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Eiras*. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, ESEnfC.
- Lowton, K. (2004). Practitioner–client relationships. In J. Gabe, M. Bury, & M. A. Elston (Orgs.), *Key concepts in medical sociology* (pp. 96-101). Londres: Sage.
- Lupton, D. (1993). Risk as amoral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425-435.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. Londres: Sage.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. Londres: Sage.
- Lupton, D., & Chapman, S. (1995). 'A healthy lifestyle might be the death of you': discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public. *Sociology of Health & Illness*, 17(4), 477-494.
- Macedo, M. E., Lima, M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalhinho, V., & Carmona, J. (2007). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26, 21-39.
- Machado, M. M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Braga: Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho. Retrieved dezembro 12, 2012, from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>
- Maienschein, J. (2005). *Whose view of life? Embryos, cloning and stem cells*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Marques, M. S. (1999). *O espelho declinado. Natureza e legitimação do acto médico*. Lisboa: Edições Colibri.
- Mendes, F. (2005). Doenças crónicas: a prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados. *Pensar Enfermagem*, 1, 42-47.
- Mendes, F. (2007). *Futuros antecipados. Para uma sociologia do risco genético*. Porto: Afrontamento.
- Minayo, M. C. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Saúde Colectiva*, 5(1), 7-18.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas para 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde.
- Mol, A. (2008). *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. Londres: Routledge.
- Moreira, P. K. (2007). *Public health in action. Framework for a new rhetoric of persuasion*. Charleston: BookSurge Publishing.

- Morgan, M. (1991). The doctor-patient relationship. In G. S. (Org.), *Sociology as applied to medicine*. (pp. 47-64). Londres: W.B.Saunders.
- Neto, C., & Alves, F. (2012). A experiência subjetiva com a doença mental: o caso da depressão. *Sociologia Problemas e Práticas*(70), 111-129.
- Nettleton, S. (2004). Surveillance and Health Promotion. In J. Gabe, M. Bury, & M. A. Elston (Orgs.), *Key concepts in medical sociology* (pp. 155-159). Londres: Sage.
- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*. Vol. 39(2), 115-129.
- Novas, C., & Rose, N. (2000). Genetic risk and the birth of somatic individual. *Economy and Society*, 29(4), 485-513.
- Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século.
- Nunes, J. A., Ferreira, P., & Queirós, A. F. (2014). Taking part: Engaging knowledge on health in clinical encounters. *Social Science & Medicine* (123), 194-201.
- Nunes, J. A., Matias, M., & Costa, S. (2005). Bottom-up environmental law and democracy in the risk society: Portuguese experiences in the european context. In B. d. Santos, & C. A. Rodríguez-Garavito (Orgs.), *Law and globalization from below: Towards a cosmopolitan legality* (pp. 363-383). Cambridge: Cambridge University Press.
- Nunes, J. A., Serra, R., Barradas, C., & Queirós, A. F. (2012). Narrativas sobre a experiência da doença: desafios conceptuais e metodológicos. *Antropologia Portuguesa*(29), 75-80.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Nova Iorque: The Free Press.
- Parsons, T. (1978). Health and disease: A sociological and action perspective. In T. Parsons, *Action theory and the human condition* (pp. 66-81). Nova Iorque: Free Press.
- Pereira, M. G., Rocom, J., & Carvalho, H. (2009). Envelhecimento e Saúde: uma perspectiva psicológica sobre idosos e cuidadores. In M. E. Leandro, P. N. Nossa, & V. T. Rodrigues (Orgs.), *Saúde e sociedade. Os contributos (in)visíveis da família* (pp. 131-174). Viseu: Psicosoma.
- Peretti-Watel, P. (2003). *Sociologie du risque*. Paris: Arman Colin.
- Petersen, A. (1996). Risk and the regulated self: The discourse of health promotion and the politics of uncertainty. *Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 32(3), 44-57.
- Petersen, A. (1997). Risk, governance and the new public health. In A. Peteresen, & R. Bunton, *Foucault, health and medicine* (pp. 189-206). Londres: Routledge.
- Pierret, J. (2003). The illness experience: State of knowledge and perspectives for research. *Sociology of Health & Illness*(25), 4-22.
- Pinell, P. (1992). *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris: Métailié.
- Pires, A. (2008). Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & Á. P. Pires, *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 154-214). São Paulo: Ed. Vozes.
- Pires, R. P. (1988). Anthony Giddens e a teoria da estruturação: apresentação e bibliografia. *Sociologia Problemas e Práticas*(4), 231-236.

- Polónia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: Changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension*, 32(6), 1211-1221.
- Polónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L., & Saavedra, J. (2006). Normas sobre detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25(6), 649-660.
- Portugal, S. (2014). *Famílias e redes sociais. Ligações fortes na produção de bem-estar*. Almedina: Coimbra.
- Postel-Vinay, N. (1996). *A century of arterial hypertension 1886-1996*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris: PUF.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, Á. P. (2008). *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*. São Paulo: Ed. Vozes.
- Queirós, F. (2013). *Respirar Cuidados: Contributos para uma análise sociológica das narrativas de experiência das pessoas com asma*. Coimbra: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Queirós, F., Sousa, L. G., Nunes, J. A., Serra, R., & Barradas, C. (2014, fevereiro). A relevância das narrativas de experiência da doença: desafios conceituais e metodológicos. *Sociologia Online*(7). Retrieved dezembro 9, 2014, from <http://revista.aps.pt/?cad=REV53034326ef34c&tipo=TAR4b223cff053b&art=ART5304e94d6f96>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rabinow, P. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. Nova Jérícia: Princeton University Press.
- Rabinow, P., & Dan-Cohen, T. (2006). *A Machine to Make a Future: Biotech Chronicles*. Princeton: Princeton University Press.
- Rabinow, P. (2004). *Anthropos today: Reflections on modern equipment*. Princeton: Princeton University Press.
- Rabinow, P.; Dan-Cohen, T. (2006). *A Machine to make a future: Biotech chronicles*. Princeton: Princeton University Press.
- Ranchhod, Rasiklal (sd) A Hipertensão Arterial em Portugal na Comunidade e na Clínica, documento integrante da exposição “Hipertensão arterial em Portugal – uma exposição do Museu da Saúde”. INSA 2013.
- Raposo, H. (2004). Luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia. *Fórum Sociológico*(11/12), 177-203.
- Resende, J. M. (1999). A construção social do corpo nas sociedades de modernidade tardia: disposições corporais distintivas e a corporalidade como recurso mobilizado nas relações e trajetórias sociais. *Fórum Sociológico*(1/2), 9-40.
- Resende, J. M. (2003). *O engrandecimento de uma profissão. Os professores do Ensino Secundário Público no Estado Novo*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.



- Resende, J. M., & Dias, M. H. (2010). Do comportamento de risco ao reconhecimento da discriminação dos seropositivos: reflexões sociológicas sobre o VIH/SIDA. *Actas do V Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade* (pp. 199-221). Porto: AGIR.
- Ribeiro, J. L. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 11-22.
- Ribeiro, S. (2010). *Desigualdades sócio económicas na doença cardiovascular em Portugal*. Lisboa: Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Rocha, E. (2012). Recomendações e NOCs comentadas Hipertensão arterial: Definição e classificação. *Revista Factores de Risco*(25), 56-59.
- Rodrigues, M. d. (1997). *Sociologia das profissões*. Oeiras: Celta Editora.
- Rogers, A., Hassell, K., & Nicolaas, G. (1999). *Demanding patients? Analysing the use of Primary Care*. Buckingham: Open University Press.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.
- Sabaté, E. (2003). Hypertension. In E. Sabaté, *Adherence to long-term therapies. Evidence for action* (pp. 107-114). Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Sachs, L. (1996). Causality, responsibility and blame – core issues in the cultural construction and subtext of prevention. *Sociology of Health & Illness*, 18, 632-652.
- Salter, C. I., Howe, A., McDaid, L., Blacklock, J., Lenaghan, E., & Shepstone, L. (2011). Risk Significance and Biomedicalisation of a New Population: Older Women's Experience of Osteoporosis Screening. *Social Science & Medicine*(72), 808-815.
- Sampaio, M. L. (2010). *O julgamento médico. Regimes envolvimento dos actores em situação: o caso de fibromialgia*. Lisboa: Tese de Doutoramento em Sociologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Santiago, L. M., & Cardoso, S. M. (2008). Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos o que pensam e o que fazem. *Acta Médica Portuguesa*, 21(5), 453-460.
- Santis, T. P. (2009). *Polimedicção e medicação potencialmente não apropriada no idoso: estudo descritivo de base populacional em cuidados de saúde primários*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Geriatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Santos, B. d. (1994). *Pela mão de Alice – O social e o político na pós-modernidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, M., & Almeida, A. (2010). Polimedicção no idoso. *Referência - Revista de Enfermagem*(2), 149-162.
- Saukko, P. M., Farrimond, H., Evans, P. H., & Qureshi, N. (2012). Beyond beliefs: Risk assessment technologies shaping patients' experiences of heart disease prevention. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 560-575.
- Scambler, G. (1993). Health and Illness Behaviour. In G. Scambler (Org.), *Sociology as Applied to Medicine*. (pp. 22-46). Londres: W.B.Saunders.
- Schairera, E., & Schöniger, E. (2001). Lung cancer and tobacco consumption. *International Journal of Epidemiology*, 30(1), 24-27.

- Scheper-Hughes, N. (1994). Embodied Knowledge: Thinking with the body in critical medical anthropology. In R. Borofsky (Org.), *Assessing Cultural Anthropology* (pp. 229-242). Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(1), 6-41.
- Schrek, R., Baker, L. A., Ballard, G. P., & Dolgoff, S. (1950). tobacco smoking as an etiologic factor in disease. I. Cancer. *Cancer Research*(10), 49-58.
- Serapioni, M. & Matos, A. R. (Org.) (2014). *Saúde, participação e cidadania*. Coimbra: Almedina.
- Shaham, J., Ribak, J., & Green, M. (1992). The consequences of passive smoking: an overview. *Public Health Reviews*, 20((1-2)), 15-28.
- Shusterman, R. (1999). Dewey on experience: Foundation or reconstruction? In C. Haskins, & D. Seiple (Orgs.), *Dewey reconfigured: essays on deweyan pragmatism* (pp. 193-219). Albany, NY: State University of New York Press.
- Shusterman, R. (2008). *Body Consciousness: A philosophy of mindfulness and somaesthetics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Silber, I. F. (2003). Pragmatic sociology as cultural Sociology: Beyond repertoire theory? *European Journal of Social Theory*, 6(4), 427-449.
- Silva, A. S. (1988). *Entre a razão e o sentido. Durkheim, Weber e a Teoria das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.
- Silva, L. F. (2008). *Saber prático de saúde. As lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Afrontamento.
- Silva, L. F. (2013). As agendas temáticas da Sociologia da Saúde em Portugal. In F. Alves (Org.), *Saúde, Medicina e Sociedade. Uma visão sociológica* (pp. 17-24). Lisboa: Pactor.
- Simões, J. (2010) (Org.). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Edições Almedina.
- Sindzingre, N. (1984). La nécessité du sens. In M. Augè, & C. Herzlich (Orgs.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la ma-ladie* (pp. 92-122). Paris: Éditions des Archives Contemporaines - Ordres Sociaux.
- Small, M. L. (2009). 'How many cases do I need?' On science and the logic of case selection in field based research. *Ethnography*, 10(1), 5-38.
- Snibbe, A. C., & Markus, H. R. (2005). You can't always get what you want: educational attainment, agency, and choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(4), 703-772.
- Soares, M. L. (1999), (Org.). *Hipócrates e a arte da medicina*. Lisboa: Edições Colibri.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH). (2013). *Portuguese HYPertension and SAlt (PHYSA) Study. Resultados apresentados em Março de 2013 no 7º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, Vilamoura*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Retrieved julho 14, 2013, from [http://www.sphta.org.pt/pdf/PHYSA\\_study\\_Slides\\_SPH-v2.pdf](http://www.sphta.org.pt/pdf/PHYSA_study_Slides_SPH-v2.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH). (2015). Informação para o público. Acedido a 30 janeiro 2015, [http://www.sphta.org.pt/pt/informacao\\_publico\\_conheca\\_melhor\\_hta.asp?id=2](http://www.sphta.org.pt/pt/informacao_publico_conheca_melhor_hta.asp?id=2)

- Sousa Uva, M., Victorino, P., Roquette, R., Machado, A., & Matias Dias, C. (2014). Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa – uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Cardiologia*(33), 451-463.
- Stern, L., & Kirmayer, L. J. (2004). Knowledge structures in illness narratives: Development and reliability of a coding scheme. *Transcultural Psychiatry*, 41(1), 130-142.
- Stewart, M., Brown, J. B., W, W. W., Ian R, M., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon: Radcliffe Publishing.
- Stichweh, R. (2000). Inquietude. *Humboldt (Inter Nationes)*, 42(80), 4-7. Retrieved from: [http://www.fiw.uni-bonn.de/demokratieforschung/personen/stichweh/pdfs/10\\_stw\\_inquietude\\_.pdf](http://www.fiw.uni-bonn.de/demokratieforschung/personen/stichweh/pdfs/10_stw_inquietude_.pdf)
- Strauss, A. (1959). *Mirrors and masks: The search for identity*. Glencoe: The Free Press
- The British Sociological Association. (março de 2012). *Statement of Ethical Practice for the British Sociological Association (March 2002)*. Obtido em 20 de outubro de 2012, de British Sociological Association: <http://www.britisoc.co.uk/about/equality/statement-of-ethical-practice.aspx>
- Thévenot, L. (1990). L'action qui convient. In P. Pharo, & L. Quéré (Orgs.), *Les formes de l'action* (pp. 39-69). Paris: Ed. de l'EHESS.
- Thévenot, L. (2006). *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*. Paris: La Découverte.
- Timmermans, S., & Haas, S. (2008). Towards a sociology of disease. *Sociology of Health & Illness*. Vol.30 nº5, pp. 659-676, 30(5), 659-676.
- Turner, B. (1992). *Regulating bodies: Essays in medical sociology*. Londres: Routledge.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & J., D. (2001). patient adherence to treatment: Three decades of research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Vigarello, G. (2001). *História das práticas de saúde. A saúde e a doença desde a idade média*. Cruz Quebrada: Editorial Notícias.
- Wagner, P. (1996). *Liberté et discipline. Les deux crises de la modernité*. Paris: Éditions Métailie.
- Wagner, P. (1999). After justification: Repertoires of evaluation and the sociology of modernity. *European Journal of Social Theory*, 2(3), 341-357.
- Weber, M. (1978). *Economy and society: An outline of interpretative sociology*. Berkeley: University of California Press.
- Weber, M. (1983). *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. Lisboa: Presença.
- Williams, G. H. (2004). Lay knowledge. In J. Gabe, M. Bury, & M. A. Elston (Orgs.), *Key concepts in medical sociology* (pp. 135-139). Londres: Sage.
- Williams, S. J. (2000). chronic illness as a biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? *Sociology of Health & Illness*, 22(1), 40-67.
- Williams, S. J., & Calnan, M. (1994). Perspectives on prevention: the views of general practitioners. *Sociology of Health & Illness*, 16(3), 372-393.
- Williams, S. J., & Calnan, M. (1996). the 'limits' of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. *Social Science & Medicine*, 12, 1609-1620.

- World Health Organization (WHO). (1986). *Report on the Vienna Dialogue: Health Policy and Health Promotion - Towards a New Conception of Public Health*. Copenhagen: Organização Mundial de Saúde. Retrieved maio 1, 2012, from <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>
- World Health Organization (WHO). (1989 [1981]). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Retrieved maio 1, 2012, from <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Organização Mundial de Saúde. Retrieved maio 1, 2012, from <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: Organização Mundial de Saúde - Department of Health Statistics and Informatics in the Information, Evidence and Research Cluster of the World Health Organization .
- World Health Organization (WHO). (2013a). *A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- World Health Organization (WHO). (2013b). *Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States. Methodology and summary (2013)*. Copenhagen: Organização Mundial de Saúde.
- Xavier, B. (2011). Sociedade, saúde e espaço público: Das políticas públicas antitabágicas às controvérsias. In J. M. Resende, A. C. Martins, B. M. Dionísio, C. D. Gomes, & P. J. Caetano (Orgs.), *Pluralidades públicas do público?* (pp. 51-63). Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Young, A. (1981). When rational men fall sick: an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture, Medicine and Psychiatry*(5), 317–335.
- Ziebland, S., Coulter, A., Calabrese, J. D., & Locock, L. (2013) (Orgs.). *Understanding and Using Health Experiences: Improving patient care*. Oxford: Oxford University Press.
- Zinn, J. O. (2008). Heading into the unknown: Everyday strategies for managing risk and uncertainty. *Health, Risk & Society*, 10(5), 439-450.
- Zoppi, K. A., & Epstein, R. M. (2001). Interviewing in medical settings. In J. F. Gubrium, & J. A. Holstein (Orgs.), *Handbook of Interview Research* (pp. 355-384). Thousand Oaks, CA: Sage.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

### QUADROS

Quadro 1	Procedimentos da investigação: entrevistas aos doentes	100
Quadro 2	Procedimentos da investigação: entrevista pós consulta HTA	101
Quadro 3	Categorias de análise das entrevistas	106
Quadro 4	Distribuição por sexo e grupo etário	108
Quadro 5	Distribuição por nível de habilitações	109
Quadro 6	Distribuição pela condição perante o trabalho	110
Quadro 7	Distribuição por estado civil	110
Quadro 8	Distribuição por tipo de agregado familiar	111
Quadro 9	Distribuição por situação na doença	112
Quadro 10	Distribuição por tempo de doença	113
Quadro 11	Os diferentes “tipos” de doentes hipertensos	270

### FIGURAS

Figura 1	Inquietude vs. Gestão de si/doença	271
----------	------------------------------------	-----



## APÊNDICES





## APÊNDICE I

### Guião de entrevista aos doentes hipertensos

Não obedece a uma formulação rígida. Dependendo do desenvolvimento da narrativa do entrevistado, a ordem das questões e/ou outros itens puderam ser incluídos ou excluídos

---

Questões orientadoras:

---

#### I - Narrativa exploratória

- Gostaria que me falasse sobre o seu problema de saúde (HTA). Quando é que o sentiu ou lhe foi dito que o tinha pela primeira vez? Pode contar-me sobre o momento em que descobriu que sofria desta doença?
- Pode contar-nos o que aconteceu ao longo deste tempo com hipertensão?
- Se procurou um médico, conte-me sobre essa visita ao médico ou hospitalização e o que se passou em seguida.

#### II - Narrativa protótipo

- Tem alguém que conheça (na família, amigos, no trabalho, vizinhos) com hipertensão?
- Em que medida considera a sua doença diferente ou semelhante à doença dessa(s) outra(s) pessoa(s)?
- Alguma vez leu ou viu, ouviu na televisão, rádio, jornais, ou na Internet sobre casos de pessoas com a mesma doença?
- Em que medida é que o problema dessas pessoas é semelhante ou diferente do seu?

#### III - Narrativa explicativa

- Na sua opinião, o que lhe causou ou causa hipertensão?
  - Existem outras razões, para além das que referiu, que também contribuíram para o aparecimento da doença?
  - Para si, porque é que o seu problema de hipertensão aconteceu ou começou quando começou?
  - O ser hipertenso está relacionado com algum comportamento ou hábito que tem ou tinha?
  - Que outras coisas podem contribuir para que seja hipertenso?
  - Em quê que ter HTA (ou usar termo popular) é igual ou diferente de ter outro problema de saúde? Porquê?
  - Que consequências, mudanças ou efeitos ter HTA (ou usar termo popular) tem na sua vida do dia-a-dia?
  - Qual o melhor tratamento para as pessoas que têm HTA (ou usar termo popular)? O que devem fazer?
-

- 
- O que mais o preocupa relativamente à HTA?
  - Como se classifica em termos da sua saúde?
  - Quando é que se sente /sentiu que estava doente?

#### **IV - Serviços Médicos e Respostas ao Tratamento**

- Nas suas consultas médicas e/ou de enfermagem devido à hipertensão, o que é que o seu médico e/ou enfermeiro lhe tem dito?
- Pode-me p.f. falar dessa consulta? O que aí se faz? Para que serve?
- É capaz de seguir as recomendações/tratamentos que lhe são dados pelo médico?
- O que foi ou é mais difícil para si?
- Segue outras recomendações ou tratamentos?
- Com quem ou onde encontra essas recomendações?
- Há alguma outra coisa que já tivesse experimentado fazer ou gostasse de experimentar para tratar a HTA?
- Qual a importância que atribui à sua consulta da HTA aqui no Centro de Saúde?
- O que mais o preocupa quando vem à consulta?

#### **V- Impactos na vida da pessoa**

- O que alterou na sua vida desde que tem conhecimento de que é hipertenso?
  - Essas mudanças foram difíceis de fazer?
  - O que significa para si “ter cuidado”?
  - A sua família, amigos conhecem o seu problema de hipertensão? Como o ajudam ou aconselham?
  - A sua vida espiritual (fé, prática religiosa) ajuda-o de alguma forma?
-

## APÊNDICE II

### Guião de entrevista aos doentes hipertensos pós consulta

Não obedece a uma formulação rígida. Dependendo do desenvolvimento da narrativa do entrevistado, a ordem das questões e/ou outros itens puderam ser incluídos ou excluídos

---

Questões orientadoras:

---

#### **Comunicação/ambiente relacional**

- Gostaria que me contasse como decorreu a sua consulta. O seu médico(a) perguntou-lhe sobre algo em específico (sintomas, vida em geral, exames, medicação)?
- Tinha alguma coisa de *que quisesse falar* com o seu médico(a)?
- O que mais foi feito durante a consulta (medições, auscultações, exames...)?
- Sentiu-se sempre à vontade para *colocar perguntas* ao seu médico(a)?
- Esteve com a enfermeira? Se sim, como correu esse encontro? O que foi feito pela enfermeira?
- Ficou satisfeito com a consulta?
- Como considera a sua relação de confiança com o seu médico?

#### **Ambiente físico e duração da consulta**

- Relativamente ao espaço físico e forma como decorreu nele a consulta: Sentiu-se à vontade (respeitado na sua privacidade) no consultório?
- Considera que o tempo de consulta foi suficiente para si?

#### **Interpretação/apropriação das informações**

- Percebeu as informações dadas pelo médico(a) quanto a medicamentos, análises, conselhos para a sua vida?
  - O que lhe foi dito para fazer?
  - Do que lhe foi dito, acha que tem de fazer alguma coisa para que a sua condição de saúde não se agrave ou se estabilize?
  - O que vai fazer até à próxima consulta?
  - Para concluir, podia pf dizer-me, no seu entender, qual a *finalidade* destas consultas? Para que lhe servem?
-



## **APÊNDICE III**

### **Folha informativa da entrevista**



## ***Folha Informativa***

### **Título do estudo**

*A doença e os seus perigos: um estudo das narrativas sobre a hipertensão arterial*

### **Quem é a investigadora?**

O presente estudo está a ser realizado por Beatriz Xavier, docente na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estudante de doutoramento de Sociologia na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, e com o apoio financeiro da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

### **Em que consiste o estudo?**

Trata-se de um trabalho de investigação de Sociologia sobre as experiências e opiniões das pessoas com hipertensão arterial, utentes de Unidades de Cuidados de Saúde Primários. O objetivo do estudo é contribuir para o conhecimento do que significa ter hipertensão arterial e quais as implicações desta doença na vida das pessoas. A investigadora está interessada em conhecer as suas explicações e interpretações relativamente à hipertensão e as suas experiências como pessoa hipertensa. Não existem ideias certas nem erradas sobre o assunto. O importante para a investigadora é ficar conhecedora daquilo que representa e implica para si ter hipertensão arterial.

### **O que irá ser pedido e quanto tempo irá tomar?**

Irá ser convidado a falar com a investigadora, que lhe pedirá para responder a um conjunto de questões sobre o assunto acima. A entrevista demorará cerca de 30/60 minutos. As questões colocadas destinam-se apenas a pedir-lhe a sua opinião sobre pontos mais ou menos específicos relacionados com o facto de ter Hipertensão. Ao longo da entrevista poderá ver a investigadora a ler e a tomar pequenas notas, apenas no sentido de não se esquecer de abordar todos os aspetos relacionados com o estudo. Para que toda a informação possa ficar registada, é lhe pedido que consinta que a investigadora grave a entrevista.

### **O que vai acontecer à informação recolhida?**

Toda a informação obtida através da entrevista irá ser gravada com o seu consentimento e utilizada unicamente para fins do presente estudo. Os dados recolhidos irão ser analisados e utilizados na dissertação de doutoramento, bem como em comunicações em conferências ou em artigos de revistas profissionais nacionais ou internacionais.

### **Qual o grau de confidencialidade e anonimato requerido para esta investigação?**

Toda a informação obtida irá ser tratada de forma absolutamente anónima e confidencial pela investigadora e apenas para os fins que lhe foram mencionados. Nunca será usado o seu nome e número de utente, será sempre garantido o anonimato das respostas. O Centro de Saúde ou o seu médico não irão ficar com qualquer registo ou possibilidade de reconhecimento do que for dito na entrevista.

**Quais as possíveis vantagens e inconvenientes em participar?**

Não existe nenhum tipo de risco, desvantagem para si ou inconveniente em participar, sendo-lhe apenas pedido que responda às questões que serão colocadas, disponibilizando um pouco do seu tempo.

A informação que irei obter com a sua participação neste trabalho permitirá que se conheçam melhor os entendimentos que as pessoas têm sobre a hipertensão arterial e como é viver com esta doença, podendo, dessa forma, contribuir para uma melhor ajuda e acompanhamento dos doentes hipertensos.

**Com quem posso contactar em caso de dúvida?**

Para qualquer questão sobre este estudo, pode sempre contactar-me:

Beatriz de Oliveira Xavier

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Av. Bissaya Barreto – Apartado 7001

3046 – 801 Coimbra

Telefone: 239.487200, telemóvel: 916028579; email: [bxavier@esenfc.pt](mailto:bxavier@esenfc.pt).

**Muito obrigada por ler esta informação e por demonstrar interesse e disponibilidade em participar neste estudo.**

A investigadora



## **APÊNDICE IV**

### **Declaração de consentimento informado**



**A DOENÇA E OS SEUS PERIGOS:**  
**UM ESTUDO DAS NARRATIVAS SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL**  
***Declaração de Consentimento***

Nome do/a entrevistado/a \_\_\_\_\_

A presente declaração sublinha os seus direitos enquanto participante no estudo sobre as experiências e opiniões das pessoas com hipertensão arterial, realizado por Beatriz Xavier no âmbito do seu trabalho de doutoramento em Sociologia, na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

1. Consinto ser entrevistado/a no âmbito do estudo especificado acima.	[ ]
2. O propósito e a natureza da entrevista foram-me explicados e li a folha informativa que me foi entregue pela investigadora.	[ ]
3. Consinto que a entrevista seja gravada (gravação áudio).	[ ]
4. Todas as questões que coloquei sobre o propósito e a natureza da entrevista foram satisfatoriamente respondidas.	[ ]
5. Fui satisfatoriamente informado/a sobre a participação voluntária neste estudo, bem como sobre a liberdade em desistir a qualquer momento da entrevista. Poderei recusar responder a certas questões e abandonar a entrevista a qualquer momento.	[ ]
6. Fui informado de que em nenhum momento o que for dito será usado por outros, irá ter qualquer tipo de interferência nos tratamentos, cuidados a receber ou qualquer tipo de vantagem ou desvantagem no Centro de Saúde.	[ ]
7. Foi-me assegurado que a minha identificação pessoal e toda a informação recolhida nesta investigação permanecerá completamente anónima e confidencial.	[ ]
Nome do/a entrevistado/a _____ Assinatura do/a entrevistado/a _____ Data _____	
8. Considero ter fornecido a informação necessária sobre o meu estudo, bem como ter dado a conhecer ao/à entrevistado/a as implicações em participar nele. Acredito que a presente declaração de consentimento para realizar a entrevista é informada e que o/a participante compreendeu as implicações em participar.	
Nome da entrevistadora _____ Assinatura da entrevistadora _____ Data _____	

